



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**Tesis presentada para optar al título:**  
**“Magíster en Gestión de la Salud Pública**  
**con orientación en Prácticas Preventivas”**

**“Análisis de los determinantes sociales, económicos y educativos que influyen en el estado de salud buco dental, en pacientes que asisten al Hospital Odontológico Universitario de la FOUNNE”**

**Maestreado: Dr. Horacio Javier Romero**

**Director: Dra. María Eugenia Zamudio**

**Año 2019**

## INDICE

### Contenido

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1 Planteamiento del Problema.....	7
2.2 Focalización del objeto de investigación.....	7
2.3 Justificación.....	8
2.4. Hipótesis.....	10
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. Objetivo General.....	11
3.2. Objetivos Particulares.....	11
4. MARCO TEORICO.....	12
4.1. Antecedentes.....	12
4.2. Evolución de las lesiones cariosas y de tejidos periodontales.....	15
4.3. Factores biológicos, sociales y educativos.....	16
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
5.1. Consideraciones Éticas.....	18
5.2. Metodología de trabajo.....	18
5.3. Clasificación y operacionalización de las variables.....	19
5.4. Análisis de datos.....	19
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	24
7. DISCUSIÓN.....	27
8. CONCLUSIONES.....	31
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
10. ANEXOS.....	41

## AGRADECIMIENTOS

- ✓ A mis hijos Fernando y Santino, que son las personas que dan sentido a mi vida.
- ✓ A mis padres por su apoyo incondicional en toda mi formación académica.
- ✓ A todas las personas que acompañaron este trabajo de investigación en sus distintas etapas.
  - ✓ A los pacientes que colaboraron en el estudio.
  - ✓ A la Directora de la investigación Doctora María Eugenia Zamudio.
- ✓ Al Jefe de Servicios del Hospital Odontológico Universitario Profesor Sebastián Krupp.

## 1. RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo relacionar los factores sociales económicos y educativos con el estado de salud bucodental de pacientes que asistieron en el año 2015 al Hospital Odontológico Universitario la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. Se utilizaron como recursos de información las Historias Clínicas y Odontogramas se tomaron datos: edad, sexo, nivel de instrucción o educativo, se realizaron instrumentos anexos para indagar sobre factores socioeconómicos y ocupacional. Así también se tomaron datos bucodentales a través del odontograma donde se refleja el estado de salud y/o enfermedad de los pacientes. El análisis estadístico se realizó con el test Chi cuadrado estableciendo las frecuencias de las variables relacionándolas. Los resultados obtenidos reflejan que los pacientes atendidos son adultos jóvenes entre 20 y 39 años de edad, la mayoría del sexo femenino, más de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio son desocupados. Se observa el estado de salud bucal, donde la mayoría preserva casi todas sus piezas dentarias relacionándolo con su nivel de educación donde los pacientes presentan preparación primaria o secundaria. En conclusión, podemos relacionar en forma directa algunos factores como el educativo donde a mayor grado de instrucción mejora la salud en general y bucodental, factores sociales y económicos se relacionan con la calidad de vida. El sexo femenino es el que mayormente acude a la atención odontológica. Surgen de este estudio otros factores asociados para profundizar la investigación.

## 1. SUMMARY

The objective of this study is to relate the social, economic and educational factors with the oral health status of patients who attended the University Dental Hospital, the Faculty of Dentistry of the National University of the Northeast, in 2015. Clinical Histories and Odontograms were used as information resources, data were collected: ages, sex, level of instruction or education, annexed instruments were made to inquire about socioeconomic and occupational factors. Thus, oral data were also taken through the odontogram where the health and / or disease status of the patients is reflected. Statistical analysis was performed with the Chi square test establishing the frequencies of the variables by relating them. The results obtained reflect that the patients cared for are young adults between 20 and 39 years of age, the majority of which are female; more than half of the patients included in the study are unemployed. The state of oral health is observed, where the majority preserve almost all their teeth, relating it to their level of education where the patients present primary or secondary preparation. In conclusion, we can directly relate some factors such as education where a higher degree of instruction improves general and oral health; social and economic factors are related to quality of life. The female sex is the one that mostly attends dental care. Other associated factors emerge from this study to deepen the investigation.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales son referidos como el conjunto de factores de índole social, económicos, políticos y de estilos de vida que influyen y determinan el nivel de salud de las poblaciones. Se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud. <sup>(1)</sup>

Los programas de educación para la salud bucal se han constituido en un apoyo importante para las familias en especial para los padres al momento de conducir a un proceso de cambio de actitud y de conducta en sus niños, parte de la detección de sus necesidades tiene como objetivo el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su familia. <sup>(2)</sup>

Los determinantes y condicionantes del estado de salud, son categorías multicausales, multisectoriales e interdisciplinarias, que abarcan una serie de situaciones afines al proceso histórico y político que vive un país. Los fenómenos de salud son considerados desde una perspectiva poblacional, y resultan de alta complejidad, porque ellos interactúan de manera simultánea, variables correspondientes a distintos órdenes, desde los procesos biológicos hasta las complejas estructuras histórico-culturales y las relaciones sociales. <sup>(3)</sup>

En los últimos años la palabra prevención ha sido revalorada en la dialéctica salubrista. Se parte de la definición descrita por Winslow en 1920, resumida de la siguiente manera: “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y la promoción de la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones, públicas y privadas, comunidades e individuos” Por esto, al momento de enfocar el sistema de atención médico-odontológica hacia una orientación basada en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se hace necesario tener en cuenta la confluencia de los determinantes. Para comprender el proceso salud-enfermedad de manera global y holística, más allá de lo biológico, se tiene que aceptar una configuración específica de espacio y tiempo históricos, la cual es expresión de procesos vividos en el ambiente del individuo, tales como sus creencias y costumbres, la conformación de su núcleo familiar, alimentación, raza, género, nivel de escolaridad, cambios en la situación económica del sujeto y su familia, barreras geográficas y étnicas entre el enfermo y el servicio sanitario y, por supuesto, el sinnúmero de variantes en las corrientes políticas que ha llevado a la instauración del modelo de salud imperante en su nación. La comprensión de los sistemas de salud, más allá de su forma organizacional, permite ver el trasfondo político que los explica como respuesta, acertada o no, a la realidad histórica del momento de su creación, a los intereses de los grupos que los fomentaron y a las múltiples variantes ocurridas para que se legislara de esa forma; además, ayuda al profesional de la salud a ver críticamente el momento donde se desarrolla su oficio, su consulta y, por tanto, el devenir profesional, con responsabilidad política activa, así como los deberes encomendados dentro de códigos médicos y éticos vigentes. Son varios los países cuyo enfoque supera los determinantes

biológicos y se ubica en una perspectiva del proceso de la determinación social de la salud y la enfermedad. Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen de manera decisiva en el vínculo entre desigualdades sociales y bienestar en salud. En muchos casos dichos sistemas fracasan a la hora de satisfacer las necesidades de las poblaciones donde han sido implementados. Es necesario, entonces, entender los sistemas de protección social como parte de las políticas sociales; estos son resultado de una articulación entre los contextos económico, político y social, con la finalidad de explicar su desarrollo a lo largo del tiempo e identificar sus limitaciones y sus alcances. <sup>(4)</sup>

Resulta evidente la existencia de poca información referente a la relación de los factores localización geográfica-nivel educativo y salud bucal, en el contexto ecuatoriano, por lo que futuros estudios deberían orientarse en este sentido, junto con campañas preventivas y educativas dirigidas a adolescentes y jóvenes, futuros padres, en el conocimiento de prácticas de salud bucal como política de salud pública, para contar con agentes multiplicadores y poder reducir los elevados índices de caries notificados en los estudios epidemiológicos. <sup>(5)</sup>

La caries dental se clasifica dentro de las enfermedades bucodentales no trasmisibles, como la patología más prevalente en dientes permanentes, y hace parte de las enfermedades que afectan a las personas durante toda la vida <sup>(6,7)</sup>. En general su tratamiento con abordajes tradicionales es costoso, y la capacidad de atención en varios sistemas de salud en el mundo, dificultan que los pacientes sean atendidos, generando secuelas como el edentulismo parcial o total que, a su vez, es una de las diez causas de años de vida perdidos por discapacidad, tanto en países con altos ingresos, como en Colombia porque limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, además de su bienestar psicosocial. <sup>(8)</sup>

La importancia de los determinantes sociales de la salud (DSS) ha sido señalada por un sinnúmero de autoridades sanitarias como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es expresada no solo en términos técnicos sino también en términos políticos a la hora de abordar las concepciones en el difícil proceso salud-enfermedad; los DDS desde la conclusión de la Segunda Guerra Mundial supusieron un doble descubrimiento de las desigualdades sociales y de su impacto en el referido proceso. <sup>(9)</sup>

El reconocer la relación entre conocimiento y enfermedad resulta de gran utilidad al proporcionar a los padres un mayor entendimiento de la salud de los niños; lo cual se convierte en una herramienta al planificar acciones preventivas en poblaciones, adaptando estas al contexto cultural de cada una. <sup>(10)</sup>

Es necesario el esfuerzo, motivación y participación del paciente, odontólogo y de manera primordial los padres de familia, considerados responsables del cuidado dental diario de sus representados, por lo tanto es importante que los padres adquieran información en salud bucal desde las primeras etapas de vida de sus hijos, así ellos con el paso de la vida a su adolescencia contarán con las bases necesarias en prevención bucal y finalmente se logrará disminuir altos índices de caries y por lo tanto enfermedades bucodentales <sup>(11)</sup>

No tener una buena salud bucodental puede llevar a consecuencias desfavorables en el bienestar físico y psicosocial. Las enfermedades bucodentales son muchas veces invisibles y ocultas o han sido aceptadas como una consecuencia inevitable de la vida y el envejecimiento; sin embargo, existe clara evidencia de que las enfermedades bucodentales no son inevitables, sino que pueden ser reducidas o prevenidas a través de métodos sencillos y efectivos, en todas las etapas de la vida tanto a nivel individual como poblacional <sup>(12)</sup>

El crecimiento de los ingresos en la región ha sido superado constantemente por la desigualdad general de los ingresos, lo cual se refleja en los datos regionales. Los mismos muestran que, mientras los ingresos han aumentado significativamente en un período de 30 años, la brecha entre los privilegiados y los desposeídos casi se ha triplicado. Por otro lado, las mujeres están sobre representadas en el sector laboral informal, en el cual los trabajadores se enfrentan con más riesgos ocupacionales y tienen una cobertura insuficiente de los mecanismos de protección social. La intensificación de las migraciones, el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades no transmisibles son las tendencias más importantes que configuran la salud en las Américas. En efecto, estos y muchos otros determinantes de la salud están exacerbando aún más las inequidades en la salud, en los países y entre ellos. <sup>(13)</sup>

En la segunda mitad del siglo pasado la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 (OMS, 1978) consideró también como uno de los pilares básicos de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud a los (DSS) Determinantes Sociales de Salud declarando: "La necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud, sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud". <sup>(14)</sup>

Actualmente la OMS define los determinantes sociales de la salud como "el conjunto de las condiciones sociales en las cuales el individuo nace, crece, y envejece afectando su salud". Estos se han mantenido como el elemento central de la ideología y vida cotidiana de la humanidad en algunas poblaciones, por ejemplo, entre los inmigrantes. En ellos, la salud es concebida holísticamente con la tierra, la naturaleza y la vida social y espiritual. <sup>(9)</sup>

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, conformada por 20 expertos y presidida por el epidemiólogo británico Marmot, propuso un modelo conceptual para abordar los mismos; este incorpora dos grandes rubros para su análisis: por una parte, están los determinantes estructurales de la salud y por otra, los determinantes intermedios de la salud. <sup>(15)</sup>

En el primer grupo aparece el contexto socioeconómico y político, el cual se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, incluyendo aspectos como el gobierno, en su más amplio contenido; las políticas macroeconómicas; también las políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, bienestar económico; la distribución de la tierra y la vivienda; además de las políticas públicas sobre educación y atención sanitaria, y los valores sociales y culturales, entre ellos, el valor que la salud y sus servicios tienen para la sociedad. No menos importante son los ejes de desigualdad

de la estructura social, pues determinan las oportunidades de tener acceso a los recursos de salud.<sup>(14)</sup>

Entre los determinantes intermedios de la salud, se describen condiciones materiales como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia. También las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social y las situaciones de estrés. Dentro de los factores conductuales y biológicos, se mencionan el modo y estilo de vida.<sup>(14)</sup>

## 2.1 Planteamiento del Problema

El presente trabajo pretende analizar y relacionar los factores sociales, económicos y educativos que intervienen en forma directa o indirecta sobre el estado de salud bucodental en el que se encuentran los pacientes que asisten al Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.

Las urgencias y el dolor son motivos de consultas permanentes consecuencias del desarrollo de lesiones cariosas y de los tejidos periodontales que surgen de la confluencia de una sumatoria de factores a partir de las enfermedades más frecuentes en la boca, a saber: la caries y la enfermedad periodontal.

Existen muchas causas por la cuales la mayoría de individuos pierden sus piezas dentales como caries con destrucciones coronarias extensas, pulpitis, enfermedad periodontal, fractura dental, necrosis pulpar, motivos ortodónticos y razones protésicas, traumas, piezas dentarias incluidas ya sea en hueso o encía, tratamientos de endodoncia mal realizados, o ya sea por decisión de paciente al no poder acceder a servicios odontológicos especializados precisamente por el factor socio-económico.<sup>(16)</sup>

En las consultas mediante maniobras odontológicas se logra una intervención resolutive. Las disciplinas endodoncia, operatoria, prótesis y cirugía son las que mayormente se presentan. La problemática se centra en el estado de salud en el que los pacientes llegan a la consulta, siendo que intervenciones con medidas preventivas y de promoción de la salud pueden preservar la salud bucal de los mismos.

## 2.2 Focalización del objeto de investigación

Se investigaron los determinantes sociales, económicos y educativos que influyen en el estado de salud buco dental, en pacientes que asistieron al Hospital Odontológico Universitario de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.



### 2.3 Justificación

La salud general y en este caso la bucodental, la podemos medir para fines de estudio epidemiológico desde dos puntos de vista: primero desde la perspectiva del profesional con la aplicación de parámetros médicos definidos; y la segunda desde una perspectiva del paciente, que nos permite evaluarlo con indicadores como capacidad física, dependencia, independencia, salud del paciente, calidad de vida, y autopercepción de su estado de salud.<sup>(17)</sup> La asociación entre la salud oral y la posición socioeconómica ha sido bien establecida. Investigaciones han demostrado desigualdades consistentes con individuos de ser más propensos a tener mala salud oral, según lo medido por indicadores clínicos y subjetivos. Los estudios han indicado que el acceso a los recursos materiales, recursos relacionados con el conocimiento y la posición relativa en la sociedad juega un papel en la distribución de la salud bucal. La consecución de un buen estado de salud oral más temprano en la vida sin grandes diferencias entre los distintos estratos puede tener un efecto positivo duradero en la salud de la población y el bienestar.<sup>(18)</sup> En este contexto podríamos definir que la calidad de vida bucodental es la autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria al masticar, al relacionarse con otras personas, además de cumplir con su satisfacción estética.<sup>(19)</sup>

Como antecedente se reporta que en Chile se realizó un estudio de corte transversal en una muestra aleatoria de la población mayor de 14 años de edad que vive en la isla Juan Fernández. La muestra final fue de 138 personas. Las variables estudiadas fueron sexo, edad y percepción de calidad de vida relacionada con salud oral. Se aplicó el instrumento para medir calidad de vida relacionada con salud oral y validada para población chilena (López y col.); siendo altamente prevalente el discomfort psicológico asociado a las condiciones de salud oral. La comunidad percibe la vida menos agradable a causa de sus dientes, manifestando en muchos casos incapacidad de realizar sus actividades de la vida diaria debido a condiciones orales. Se hace necesario, por tanto, seguir evaluando a la población e identificar si estamos hablando de una inequidad.<sup>(20)</sup>

Monteiro de Barros Miotto y col. (2014) validaron la prevalencia de impactos producidos por condiciones bucales en la calidad de vida de funcionarios públicos y posibles asociaciones con variables sociodemográficas, utilización de servicios odontológicos, dolor dentario y necesidad de prótesis. La mayor parte de impactos se asociaron con la edad, estatus social y económico, educación, servicios dentales, necesidad de prótesis y dolor dental.<sup>(21)</sup>

Guarnizo-Herreño y col. (2014) evaluaron las desigualdades socioeconómicas en las medidas subjetivas de la salud oral en una muestra nacional de adultos en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. Se analizaron los datos de la Encuesta de Salud del Adulto Dental 2009 para 8.765 adultos mayores de 21 años y más. Se examinó las desigualdades en tres medidas de salud oral: autopercepción de la salud oral, (OHIP, traducido como Perfil de impacto en la salud oral), y su impacto sobre el rendimiento diario orales (OIDP, que se traduce como Impacto de la salud oral en las actividades diarias). El nivel de estudios, la clase social ocupacional y el ingreso familiar se incluyeron como indicadores de posición socioeconómica (SEP, que es la posición socioeconómica). Hubo diferencias significativas en las probabilidades predichas de los

resultados entre pacientes dentados, pero no entre pacientes desdentados. Del mismo modo, predecir las probabilidades de mala salud y de impactos orales fue significativamente mayores para los participantes en los quintiles de ingresos más bajos en comparación con aquellos en el nivel de ingresos más alto con una significancia estadística de ( $p < 0.001$ ). Los efectos marginales para todos los resultados fueron más débiles de la clase social ocupacional en comparación con la educación o ingresos. La educación y las desigualdades relacionadas con los ingresos fueron mayores entre los jóvenes y no significativa entre los mayores de 65 años de edad. Había desigualdades socioeconómicas claras en la salud oral subjetiva entre los adultos en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte con pendientes más fuertes para aquellos en edades más tempranas. <sup>(22)</sup>

Batista y col. (2014) investigaron el impacto de la salud oral relacionada calidad de vida en las actividades diarias y la productividad del trabajo en adultos. Un estudio transversal se llevó a cabo en una cadena de supermercados en el estado de São Paulo, que incluyó 386 trabajadores, rango de edad 20-64 años. Los participantes fueron examinados para la enfermedad oral con las recomendaciones de la OMS, y el perfil de efectos en la salud oral, se estimaron características demográficas, socio-económica, uso de servicios dentales. En consecuencia, el factor socioeconómico condición demográfica y uso de servicios dentales impacta en la calidad de vida. Estos resultados indican que estrategias de promoción de salud bucal deben ser incluidos en los ambientes de trabajo. <sup>(23)</sup>

Existen estudios donde se concluye que las acciones educativas tradicionales de salud oral fueron efectivas para reducir la placa, pero no la gingivitis y que no existen pruebas a largo plazo con respecto a la efectividad de estas intervenciones para prevenir la acumulación de placa, la gingivitis y la caries dental en el entorno escolar. Teniendo en cuenta que el mundo ha cambiado vertiginosamente y que otras son las prioridades e intereses de los padres de familia, es probable que se dé la necesidad del uso de un método innovador y sencillo que facilite el aprendizaje de los padres, ya que actualmente hay más acceso a internet y existen estudios que demuestran que los padres aprenden más con herramientas tecnológicas que con charlas tradicionales. La caries dental se ha considerado como la enfermedad de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial y en la actualidad, su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente y del comportamiento<sup>5</sup>; por esa razón se hace necesario crear conciencia sobre los cuidados dentales que debemos tener en cuenta para la prevención y el progreso de esta enfermedad. Muchos son los factores que intervienen en la aparición de la caries dental y problemas periodontales en los niños como hábitos de higiene oral, condiciones socioeconómicas, factores familiares, niveles de conocimiento, actitudes y prácticas de salud bucal y condiciones sistémicas, que deben ser incluidas en las actividades de intervención en salud bucal si se quiere lograr éxito en su tratamiento, si estas intervenciones son realizadas desde las edades más tempranas como la edad preescolar podrían bajar los índices de caries en la dentición decidua, lo cual es un buen pronóstico para la adultez. Los estudios que manifiestan el uso de ayudas tecnológicas como estrategia de educación en salud oral muestran que éstas tienen muchos beneficios para las

personas como el desarrollo su estado de alerta visual, aumento de su capacidad de atención y también ayuda con estrategias de memoria y razonamiento. <sup>(24)</sup>

#### **2.4. Hipótesis:**

La hipótesis del trabajo planteada es la siguiente: a menor disponibilidad de recursos del individuo, mayores serán los problemas bucodentales que presente.

El estudio de los factores sociales, económicos y educativos cobran interés puesto que permiten interpretar y correlacionar el estado de salud y/o enfermedad de dichos pacientes.

Si bien esta hipótesis podría ser considerada como obvia o lógica, donde se afirma que aquel paciente con escasos recursos presentan problemas bucodentales mayores, este estudio cobra relevancia y aporte a nuevos conocimientos en el análisis de los datos obtenidos en las historias clínicas y odontograma donde se refleja el estado de salud bucodental de los pacientes que asisten al Hospital Odontológico Universitario de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, su correlación con los determinantes sociales, educativos y económicos.

Se podrá obtener información útil para establecer las líneas de acción en relación a las propuestas educativas que pueda desarrollar en el futuro la Facultad de Odontología de la UNNE con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los individuos. Resulta necesaria la búsqueda de alternativas de intervención en proyectos extensionistas intra y extramuros plasmadas acciones educativas concretas que promuevan modificaciones en los factores habituales intervinientes en la salud bucal.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General:**

- **Analizar los determinantes sociales, económicos y educativos y relacionarlos con el estado de salud buco dental, en pacientes entre 20 y 50 años de edad de ambos sexos, que asisten al Hospital Odontológico Universitario de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.**

#### **3.2. Objetivos Particulares:**

- **Identificar a los factores sociales, económicos y educativos que se relacionan directa e indirectamente con el estado de salud buco dental, en pacientes entre 20 y 50 años que asisten al Hospital Odontológico Universitario de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.**
- **Estudiar y comparar los factores intervinientes y su relación.**
- **Elaborar proyectos de promoción y prevención de la salud bucodental, teniendo en cuenta los conocimientos generados en el estudio.**

## 4. MARCO TEORICO

### 4.1. Antecedentes

A lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes criterios de evaluación, con el fin de identificar la presencia de la caries dental, entre ellos el tradicional, basado en el uso del explorador; sin embargo, los estadios de enfermedades crónicas como la caries dental comúnmente son caracterizados de acuerdo con la severidad de la dolencia.

El COP es un índice descriptivo de complejidad baja, que pretende hacer un acercamiento a las condiciones de salud oral en una comunidad o individuo, con una relevancia mayor a la de solo su valor nominal numérico, por lo que se decidió usarlo como referente para la realización de este estudio, pese a que las medidas reportadas por los autores originales pueden no corresponder a una verdad absoluta en cuanto a caries de su población, así como los criterios de cada evaluador pueden estar o no correctamente calibrados. <sup>(25)</sup>

El análisis e interpretación del índice COP se debe descomponer en cada una de sus partes como cariados, obturados y perdidos, expresándolo en porcentajes o promedios. El índice COP debe ser medido en las poblaciones a distintas edades durante el desarrollo de la vida. La OMS propone como edades para hacer el estudio epidemiológico los 5-6 años, 12, 15, 18 años, 35 - 44 años y 60 - 74 años de edad de los individuos y solo considera 28 dientes.

Para realizar la comparación del estado de salud bucal de los países, la OMS recomienda medir el COP a los doce años de edad, ya que esta edad es aquella en la que han terminado de hacer erupción todos los dientes permanentes y se evidencian las políticas de prevención y promoción que tenga cada país en su sistema de salud. Según la OMS, en 1969 se da el primer reporte de COP de carácter mundial. En este se encuentra una tipología sustantiva de representación del índice COP, nominando como muy bajo los rangos de 0,0 a 1,1; bajo de 1,2 a 2,6; intermedio de 2,7 a 4,4; alto de 4,5 a 6,5; y muy alto mayor a 6,5. A nivel mundial se pueden dividir o agrupar países de acuerdo con el resultado en el Índice COP que se obtuvo en niños de doce años de edad, así:

- COP muy bajo < 1,2: China, Argelia, Libia y Sudáfrica, entre otros.
- COP bajo de 1,2 a 2,6: Nigeria, Egipto, Siria, Irán, Irak e India, entre otros.
- COP intermedio de 2,7 a 4,4: Alaska, Perú, Venezuela, Ecuador, Chile, España, Italia, Rusia, Paraguay y Uruguay, entre otros.
- COP alto de 4,5 a 6,5: Gran Bretaña.
- COP muy alto > 6,5: Argentina, Canadá, Noruega y Finlandia, entre otros.

En la prevalencia a nivel mundial se refleja que, si bien existe una disminución del COP global (índice de caries), la incidencia de caries sigue siendo elevada en la mayoría de países latinoamericanos y algunos africanos, puesto que aun cuando se identifican las formas de

prevenirla, no existen recursos o políticas de salud que propendan por la erradicación. Por otra parte, países europeos, asiáticos y potencias como Estados Unidos reducen considerablemente la prevalencia de caries dental, como resultado de políticas nacionales de salud cobijadas bajo sistemas nacionales de salud que, no solo brindan acciones colectivas como fluorización de sal y agua, sino que además permiten el acceso a programas preventivos y curativos oportunos de carácter individual, basados en la ciudadanía o en relaciones contractuales estables. <sup>(26, 27)</sup>

En un reporte de la OMS en el 2003, se nomina el rango de COP muy bajo cuando es menor a 1,2; bajo de 1,2 a 2,6; moderado de 2,7 a 4,4; elevado cuando es mayor a 4,4. En este reporte Dinamarca se posiciona con uno de los índices más bajos, Bolivia con el más alto y Brasil con un índice moderado, lo cual demuestra el cambio operado en salud oral debido a las políticas públicas que marcan las trayectorias políticas y económicas adoptadas en los distintos países. <sup>(28)</sup>

En África y Asia hay estudios de morbilidad bucal que permiten deslumbrar superficialmente el nivel de salud oral que se encuentra en el mundo. Así consta en el reporte de la OMS “Mejora de la salud oral en África en el siglo XXI”, el cual hace referencia a un aumento en la severidad de caries dental en países europeos y americanos, según los criterios de la OMS. En el 2000 el promedio mundial del índice COP es de 2,4; aproximadamente, lo cual refleja un cambio en el consumo de azúcares e intervenciones como la fluorización. <sup>(29)</sup>

La Cumbre del Milenio celebrada en ese entonces reunió aproximadamente a 189 países miembros de las Naciones Unidas, con el fin de firmar la Declaración del Milenio, cuyo objetivo era definir la formación de bases sólidas de un mundo más pacífico, próspero, más justo, y por ende reducir la pobreza, el hambre, la desigualdad de género, la carencia de educación, la falta de acceso al agua potable y la degradación del medio ambiente, así como promover la salud a nivel mundial. En la actualidad 1.200 millones de personas subsisten con un dólar al día, otros 925 millones sufren de hambre, 114 millones de niños no acuden a la escuela y once millones de menores de cinco años pierden la vida, sin contar con que el SIDA mata en promedio a tres millones de personas por año y que 2.400 millones de personas no tienen acceso a agua potable. <sup>(30)</sup>

En síntesis, los sistemas de seguridad social surgen de la articulación de tres procesos, dependientes el uno del otro: un proceso económico, como lo fue la mercantilización de la fuerza de trabajo y la industrialización; un proceso social, con el nacimiento de nuevas clases sociales; y un proceso político, de luchas sociales que buscaban legitimación. Por lo tanto, se entiende que, si bien distintos autores han hecho esfuerzos por hacer una clasificación teórica de los sistemas para que se enmarquen en un equipo de modelo ideal, con cada característica que se busca usar para sopesar un modelo con otro, cada país genera una situación propia, lo cual dificulta la creación de una clasificación definitiva de dichos sistemas por parte de los autores. <sup>(31)</sup>

Diversos estudios, como los de Álvarez et al., y los de Albert Rusell et al.; han verificado que la malnutrición produce menor desarrollo esquelético y demora en la erupción dental al compararla con niños con buenas condiciones nutricionales. Esto permitiría un menor tiempo de

exposición de los dientes a ambientes hostiles y por ello un menor desarrollo de caries a la edad de los doce años. Sin embargo, al pasar los años, estos niños experimentarán un mayor índice de caries en su dentición permanente, ya que la calidad de la mineralización ha sido inferior y les confiere una mayor susceptibilidad a la caries en oposición al beneficio temporal que se recibe. Lo anterior invita a afirmar que no se pueden realizar estudios de caries dental sin relacionarlos con las variables nutricionales, y que sería deseable hacer análisis de larga duración y no solamente cortes a los doce años de edad. <sup>(32)</sup>

De todos los agentes de socialización, la familia es el más importante además del primero en presentarse y en muchos casos, el último en desaparecer. El medio familiar constituye durante muchos años el lugar donde los niños y las niñas se desarrollan social y psicológicamente. <sup>(33)</sup> Los factores sociales intervienen a través de la influencia de los padres y madres, constituyen junto con la escuela posteriormente “los delegados estructurales de la sociedad global junto al individuo”. <sup>(34)</sup> Las primeras normas, valores y conducta son proporcionadas por la familia, conformando de forma determinante la personalidad, actitudes y el comportamiento del individuo frente a la sociedad, como lo evidencian estudios donde se analiza la influencia de la familia en los hábitos de los niños. <sup>(35)</sup>

Existe un estudio donde evaluaron la efectividad de un programa de educación en salud bucal en escuelas primarias de Morogoro (Tanzania), en donde realizaron un proyecto educativo aplicado a un grupo de niños de 5 a 10 años de edad y a sus padres con el objetivo de evaluar conocimientos sobre hábitos bucales deformantes antes y después de la Educación para la Salud en Odontología; en este estudio se concluyó que el programa de educación en salud tuvo un impacto suficiente para producir cambios en los hábitos bucales, conocimientos y actitudes de esta población. <sup>(36)</sup>

A nivel de estrategias de educación en salud bucal se encuentran evidencias donde se muestra que el uso de charlas educativas y juegos que incluyen mensajes sobre salud bucal e higiene, son herramientas útiles en la enseñanza de conceptos básicos a la población. <sup>(37)</sup> No obstante, otros estudios evidencian que estas estrategias no han sido efectivas por una serie de factores como el desarrollo manual de los contenidos, falta de motivación de las personas y las condiciones ambientales en las que generalmente se brindan, situación que termina disminuyendo el impacto positivo que éstas podrían generar. <sup>(38)</sup> Otro estudio que evidencia el uso de estrategias novedosas en salud bucal fue el realizado en una Institución Educativa Nacional de Nivel Primario del distrito de San Martín de Porres, compararon la efectividad de dos tipos de métodos didácticos, uno tradicional (expositivo por experto) y otro innovador (lúdico: juego de reglas Dentoplay) en los niveles de aptitudes de niños de 8 y 9 años para la preservación de su salud bucal. <sup>(39)</sup>

Las ayudas tecnológicas como las páginas web, recursos informáticos diseñados para ser ejecutados en teléfonos inteligentes, tabletas y otros dispositivos móviles, permite al usuario interactuar con el mundo y efectuar una tarea concreta de cualquier tipo ya sea profesional, educativa o de acceso a servicios. Las mismas facilitan las gestiones y actividades a desarrollar y por ser de fácil manejo permiten que las personas puedan tener un proceso de aprendizaje más

sencillo y personalizado. Se puede utilizar en los padres de familia para que a través de su aprendizaje influencien en la prevención del desarrollo de enfermedades bucales frecuentes en la infancia, de ahí la necesidad del uso de un método innovador y sencillo que facilite el aprendizaje de los padres y por consiguiente mejore los hábitos orales de los hijos. <sup>(40)</sup> Estudios reportan que la implementación de ayudas tecnológicas en la enseñanza de salud bucal genera un impacto positivo en la disminución de índices de caries dental en la población, debido a que son muy eficaces, didácticas, y de fácil comprensión. <sup>(41)</sup>

El estado de salud bucodental es el reflejo de las experiencias del paciente frente a la consulta odontológica, qué experiencias tuvo y qué conceptos trae con respecto a la salud dental y en general de la boca, cuáles son sus hábitos higiénicos y dietéticos. Nuestra labor es relacionar estos factores con respecto a lo que clínicamente se evidencia al observar el estado de las piezas dentarias, las encías, las mucosas, como así también en la entrevista con nuestro paciente. Las enfermedades más frecuentes de boca son la caries dental y la enfermedad periodontal, de ahí la importancia de relacionar los factores sociales, educativos y económicos con el estado de la boca, con lo cual es necesario recordar algunos conceptos y definiciones de estas afecciones.

Debemos mencionar que un factor desencadenante para una de las principales enfermedades bucales como lo es la caries dental es la ingesta frecuente de azúcares desde edades muy precoces y que complementado con una pobre higiene bucal conlleva a la larga a la pérdida prematura de los dientes. <sup>(42)</sup>

#### 4.2. Evolución de las lesiones cariosas y de tejidos periodontales

La caries dental es una de las enfermedades crónicas multifactoriales más prevalentes a nivel global, afecta lenta y progresivamente a la población mundial, las más de las veces niños y niñas entre los tres, cinco, seis y doce años de edad. Es uno de los principales problemas de salud pública y de mayor peso en la historia de morbilidad bucal, junto con la enfermedad periodontal. <sup>(43)</sup>

El signo clínico característico de la caries en sus etapas más avanzadas es la destrucción del diente, como consecuencia de la desmineralización generada por la fermentación provocada por los ácidos producidos por la placa bacteriana. Estos ácidos son productos finales del metabolismo ácido de las bacterias y son capaces de fermentar los carbohidratos ingeridos en la dieta alimenticia, generan una destrucción química dental en tejidos duros como el esmalte, la dentina y el cemento radicular. <sup>(44,45)</sup>

El desarrollo de la lesión cariosa requiere que el biofilm dental sea mantenido sobre la superficie dental por un largo periodo, es decir, la lesión cavitaria se dará cuando existan estadios avanzados. Las lesiones cariosas del esmalte se observan en distintos estadios, primero como una pequeña mancha blanca, con pequeñas áreas de desmineralización, luego como una



mancha pigmentada o una irregularidad de la superficie dental al examen clínico, finalizando en la lesión avanzada en forma de cavidad. <sup>(46)</sup>

Las primeras etapas de la lesión cariosa no se detectan con un examen clínico tradicional ni con un examen radiográfico; sin embargo, al interrumpirse el equilibrio microbiológico del biofilm, se detiene el proceso de destrucción de la superficie dental, por ello el principal tratamiento en estos estadios consiste en medidas medianamente invasivas como la exposición a flúor tópico, colocación de sellantes, pulido coronal, acompañado de mejoramientos en las condiciones, técnicas y conocimientos del cuidado personal y hábitos en higiene oral que influyan en el comportamiento del individuo, terapias conocidas como promoción de la salud y prevención de la enfermedad. <sup>(47)</sup>

#### 4.3. Factores biológicos, sociales y educativos

El nivel de salud bucal, en la literatura y diversos estudios por lo general, se estima que es directamente proporcional a la clase social o nivel socioeconómico de la población.

La comprensión de las causas de la enfermedad bucal ha cambiado y se consideran ahora factores sociales, económicos, culturales y políticos como determinantes de la salud, y el riesgo de aparición de la mayoría de las enfermedades orales está asociado a la pobreza, los niveles bajos de educación y el comportamiento de los individuos y comunidades. <sup>(48)</sup>

En el proceso de la caries dental intervienen factores biológicos promotores de su aparición: la proliferación de microorganismos con potencial cariogénico en el ecosistema bucal que requieren patrones dietéticos específicos, los defectos del esmalte, el pH, la viscosidad y el flujo salivar, las características anatómicas del diente, la relación dental, la condición sistémica y la condición nutricional, la edad, el sexo y la raza, entre otros.

En 1960, Paul Keyes estableció que la etiología de la caries dental obedecía a un esquema compuesto por tres agentes en interacción: Huésped, Microorganismo y Dieta. La interacción se considera indispensable para vencer los mecanismos de defensa del esmalte y consecuentemente para provocar la enfermedad. Así se encumbró el concepto que sostiene que el proceso de caries se fundamenta en las características de los llamados factores básicos, primarios o principales. <sup>(49)</sup>

Sin embargo, Newbrun en 1978, ante la evidencia proporcionada por nuevos estudios y con el afán de hacer más preciso el modelo de Keyes, añadió el factor tiempo como un cuarto factor etiológico, requerido para producir caries. La aparición de caries dental no depende de manera exclusiva de los llamados factores etiológicos primarios, sino que la generación de la enfermedad requiere de la intervención adicional de otros concurrentes, llamados factores etiológicos moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas. Entre ellos se encuentran: tiempo, edad, salud general,

fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. <sup>(50)</sup>

Se desarrollaron análisis más complejos de la enfermedad, orientados a racionalizar los diferentes métodos de prevención y control, los cuales permitieron establecer un modelo de historia natural de la caries dental. Eriksen y Bjertness, en 1991, sugirieron adoptar un modelo socio-ecológico en el que se incluyen no solo las variables de comportamiento de los individuos, sino también características sociales y psicológicas. Por ello, Bjertness y col., en 1992 propusieron una alternativa construida a partir de un abordaje holístico, estructurado en torno a la suma de los factores tradicionales asociados a los factores psico-sociales. En esta estructura, la enfermedad es concebida como un proceso continuo y la mayoría de los individuos se sitúan entre los extremos de salud y enfermedad. <sup>(51, 52)</sup>

Es decir, que también se toman en cuenta los factores que se encuentran fuera de la cavidad bucal; no obstante, no todos ellos intervienen forzosamente en la generalidad de los individuos que contraen caries dental, sino que su presencia varía, favorable o desfavorablemente, de modo determinarte según el individuo.

La salud dental es por lo tanto un problema social, donde inciden factores como la nutrición, las condiciones de la vivienda, tener agua potable, el trabajo del grupo familiar, el nivel educacional y servicios de salud accesibles, entre otros factores. Todo esto da a diferencias sociales que inciden en el proceso de salud enfermedad. <sup>(53)</sup>

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS:**

### **5.1. Consideraciones Éticas:**

Antes de dar inicio a la descripción detallada en relación a la modalidad de trabajo adoptada en la presente investigación es conveniente explicitar las consideraciones éticas adoptadas.

Para la realización de la presente investigación se solicitaron las autorizaciones pertinentes tanto a la máxima autoridad de la Facultad de Odontología como al responsable del Hospital Odontológico para poder acceder a los registros requeridos.

En relación al trabajo con las Historias Clínicas del Hospital Odontológico, al momento del completamiento de las mismas a cada paciente se le solicita autorización para el uso de los datos provistos sin revelar su identidad mediante un Consentimiento Informado.

Las documentaciones citadas previamente en relación a las consideraciones éticas se incluyen en el anexo del presente trabajo.

### **5.2. Metodología de trabajo:**

A partir de los datos registrados en las Historias Clínicas y Odontogramas de los pacientes que asisten al Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de tipo observacional.

Se trabajó sobre una muestra de 500 Historias Clínicas y Odontogramas de pacientes con edades que oscilan entre los 20 y 50 años de edad que fueron atendidos durante el año 2015 entre la segunda quincena de febrero y la primera quincena de diciembre. El rango de edades seleccionado se corresponde con las edades de los pacientes que con mayor frecuencia hacen uso de los servicios del hospital.

De las Historias Clínicas se tomaron datos personales: edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción y además a partir de la información provista por los Anexos de la Historia Clínica en relación a las disciplinas requeridas en el Plan de Tratamiento y el Odontograma del paciente se determinó el estado de salud bucodental de los mismos.

Los datos obtenidos fueron organizados y registrados en tablas y cuadros para su posterior análisis y procesamiento estadístico a efectos de determinar la validez de las hipótesis planteadas referidas a la relación entre las variables en estudio. Se relacionaron variables como grado de instrucción o nivel educativo con el estado de salud bucodental. De igual manera se trabajó con las variables sexo y edad. Para la determinación de la variable socioeconómica se tuvo en cuenta los pacientes que manifestaron tener un trabajo estable, además de la consideración como determinante social de las condiciones ambientales de su vivienda dadas

por la disponibilidad en la vivienda de: agua potable, baño instalado, zona de residencia urbana o rural, entre otras.

Los datos así obtenidos fueron sometidos a análisis estadísticos y volcados en tablas y gráficos para su posterior interpretación. El estudio estadístico realizado consistió en un análisis de correlación entre variables cuantitativas y pruebas de Chi cuadrado para variables cualitativas.

La prueba de Chi cuadrado se utilizó para establecer diferencias entre grupos de variables nominales. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson que nos permitió relacionar en forma lineal dos variables aleatorias cualitativas. Las Variables que se tomaron fueron el sexo, la edad, nivel de instrucción, ocupación. Relacionando con el estado de salud bucal donde se tomaron índices de caries, números de piezas dentarias presentes en boca.

### 5.3. Clasificación y operacionalización de las variables:

- Edad: variable cuantitativa discreta.
- Sexo: variable cualitativa nominal – (M, F).
- Ocupación: variable cualitativa nominal – (Ocupado, Desocupado).
- Nivel de instrucción: variable cualitativa ordinal – (Primario, Secundario, Terciario, Universitario).
- Piezas dentales presentes: variable cuantitativa discreta – ( $\geq 0$ ,  $\leq 32$ ).
- Piezas dentales ausentes: variable cuantitativa discreta – ( $\geq 32$ ,  $\leq 0$ ).
- Prótesis: variable cualitativa nominal – (No, Si).
- Periodoncia: variable cualitativa nominal – (No, Si).
- Endodoncia: variable cuantitativa discreta.
- Estomatología: variable cualitativa nominal – (No, Si).
- Restauración: variable cuantitativa discreta.
- Caries: variable cuantitativa discreta.
- Exodoncia: variable cuantitativa discreta.

### 5.4. Análisis de datos:

A partir del procesamiento de los datos se obtuvieron una serie de tablas que presentan la distribución de los pacientes de acuerdo a su edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, etc. Las mismas están incluidas en el Anexo puesto que no resultan de interés de manera aislada

#### Pruebas de Chi cuadrado

Para realizar el estudio se define buena salud bucal pacientes con 29 o más piezas dentales presentes con un máximo de 4 caries.

### Nivel de instrucción / Buena salud bucodental

#### Frecuencias observadas

Buena salud bucodental			
	NO	SI	Total general
<i>Primaria</i>	94	24	118
<i>Secundaria</i>	229	98	327
<i>Terciario</i>	34	13	47
<i>Universitaria</i>	4	4	8
<i>Total general</i>	361	139	500

#### Frecuencias esperadas

Buena salud bucodental			
	NO	SI	Total general
<i>Primaria</i>	85,2	32,8	118
<i>Secundaria</i>	236,1	90,9	327
<i>Terciario</i>	33,9	13,1	47
<i>Universitaria</i>	5,8	2,2	8
<i>Total general</i>	361	139	500

**Hipótesis nula:** no existen diferencias estadísticamente significativas en la salud bucodental según nivel de instrucción.

**Hipótesis alternativa:** existen diferencias estadísticamente significativas en la salud bucodental según nivel de instrucción.

**Valor del estadístico p:** 0,11

**Conclusión:** no se puede rechazar la hipótesis nula.

### Ocupación / Buena salud bucodental

#### Frecuencias observadas

	Buena salud bucodental		
	NO	SI	Total general
<i>Desocupado</i>	208	83	291
<i>Ocupado Total</i>	153	56	209
<i>General</i>	361	139	500

#### Frecuencias esperadas

	Buena salud bucodental		
	NO	SI	Total general
<i>Desocupado</i>	210,11	80,89	291
<i>Ocupado Total</i>	150,89	58,11	209
<i>General</i>	361	139	500

**Hipótesis nula:** no existen diferencias estadísticamente significativas en la salud bucodental según la ocupación.

**Hipótesis alternativa:** existen diferencias estadísticamente significativas en la salud bucodental según la ocupación.

**Valor del estadístico p:** 0,67

**Conclusión:** no se puede rechazar la hipótesis nula.

Sexo / Buena salud bucodental

Frecuencias observadas

		Buena salud bucodental		
		NO	SI	Total general
Femenino		219	77	296
Masculino		142	62	204
Total general		361	139	500

Frecuencias esperadas

		Buena salud bucodental		
		NO	SI	Total general
Femenino		213,71	82,29	296
Masculino		147,29	56,71	204
Total general		361	139	500

**Hipótesis nula:** no existen diferencias estadísticamente significativas en la salud bucodental según el sexo.

**Hipótesis alternativa:** existen diferencias estadísticamente significativas en la salud bucodental según el sexo.

**Valor del estadístico p:** 0,28

**Conclusión:** no se puede rechazar la hipótesis nula.

Edad / Buena salud bucodental

Frecuencias observadas

Buena salud bucodental			
	NO	SI	Total general
20 a 25	104	54	158
25 a 30	67	31	98
30 a 35	49	14	63
35 a 40	59	16	75
40 a 45	42	11	53
45 a 50	34	11	45
50 a 55	6	2	8
<b>Total general</b>	<b>361</b>	<b>139</b>	<b>500</b>

Frecuencias esperadas

Buena salud bucodental			
	NO	SI	Total general
20 a 25	114,08	43,92	158
25 a 30	70,76	27,24	98
30 a 35	45,49	17,51	63
35 a 40	54,15	20,85	75
40 a 45	38,27	14,73	53
45 a 50	32,49	12,51	45
50 a 55	5,78	2,22	8
<b>Total general</b>	<b>361</b>	<b>139</b>	<b>500</b>

Hipótesis nula: no existen diferencias estadísticamente significativas en la salud bucodental según la edad.

Hipótesis alternativa: existen diferencias estadísticamente significativas en la salud bucodental según la edad.

Valor del estadístico p: 0,23

Conclusión: no se puede rechazar la hipótesis nula.

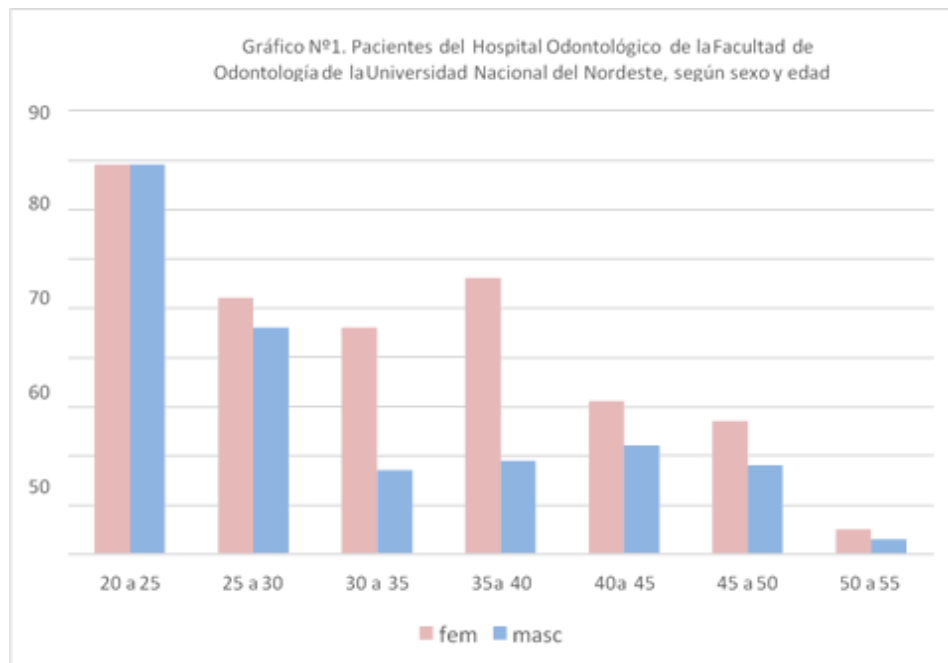


## 6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan las tablas y gráficos de las relaciones entre variables sexo y edad, nivel de instrucción y ocupación y piezas dentales presentes por rangos de edades.

**Tabla Nº1.** Pacientes del Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, según sexo y edad.

	Femenino	Masculino	Total
<b>20 a 25</b>	79	79	158
<b>25 a 30</b>	52	46	98
<b>30 a 35</b>	46	17	63
<b>35 a 40</b>	56	19	75
<b>40 a 45</b>	31	22	53
<b>45 a 50</b>	27	18	45
<b>50 a 55</b>	5	3	8
<b>Total</b>	296	204	500

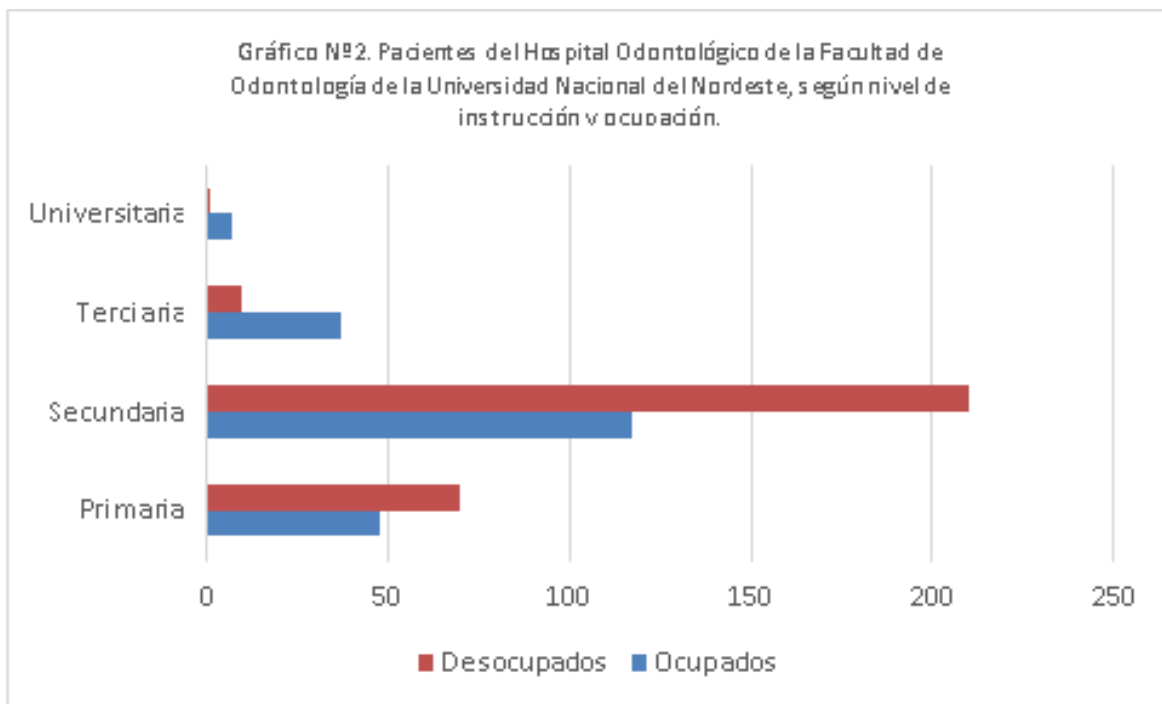


Del total de Historias Clínicas analizadas el 59% corresponde al sexo femenino.

El 79% de las 500 Historias Clínicas, los pacientes tienen un promedio de edad de entre 20 y 39 años.

**Tabla N°2.** Pacientes del Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, según nivel de instrucción y ocupación.

	Ocupados	Desocupados	Total
<b>Primaria</b>	<b>48</b>	<b>70</b>	<b>118</b>
<b>Secundaria</b>	<b>117</b>	<b>210</b>	<b>327</b>
<b>Terciaria</b>	<b>37</b>	<b>10</b>	<b>47</b>
<b>Universitaria</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>291</b>	<b>500</b>

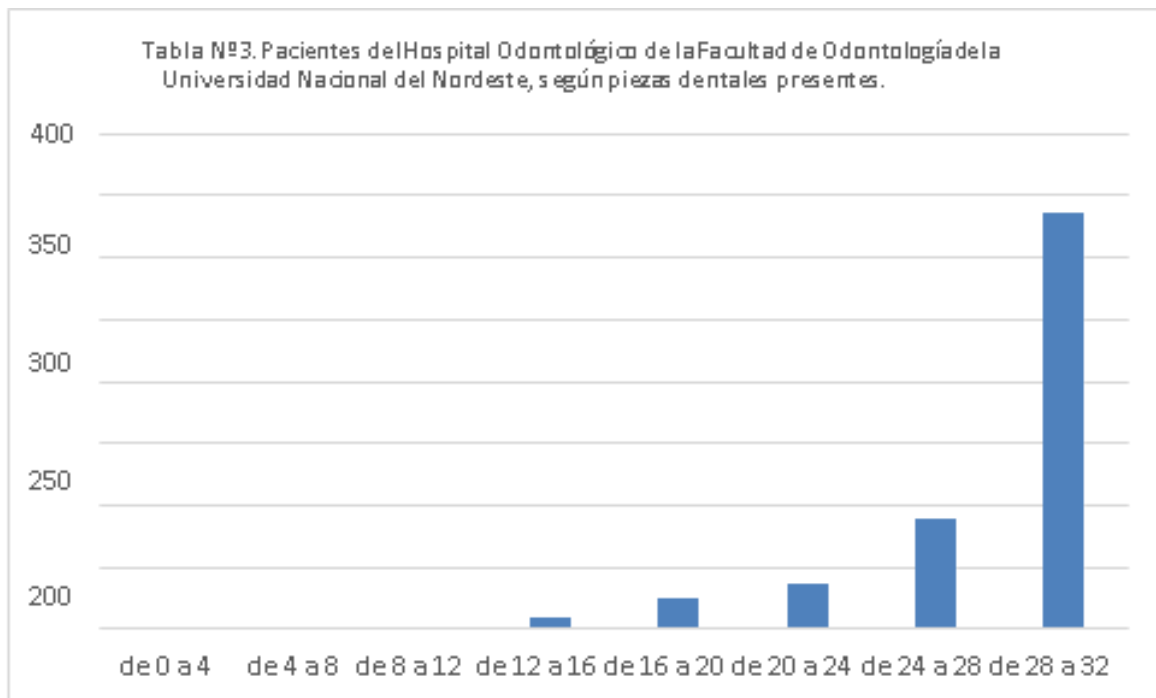


El 89% tiene nivel de instrucción primaria o secundaria. Solo el 1,6% tiene nivel de instrucción universitaria.

En cuanto a la ocupación, 58% son desocupados.

**Tabla N°3.** Pacientes del Hospital Odontológico de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, según piezas dentales presentes.

	Piezas dentales presentes	Porcentaje
<i>de 0 a 4</i>	1	0,20%
<i>de 4 a 8</i>	2	0,40%
<i>de 8 a 12</i>	2	0,40%
<i>de 12 a 16</i>	9	1,80%
<i>de 16 a 20</i>	25	5,00%
<i>de 20 a 24</i>	36	7,20%
<i>de 24 a 28</i>	89	17,80%
<i>de 28 a 32</i>	336	67,20%



El 67,2% tiene 28 o más piezas dentales.

- Del análisis de los datos se desprende que, un bajo porcentaje tiene un nivel de educación universitaria, que la mayoría tiene un nivel de instrucción media.
- Más de la mitad son personas que no tienen empleo.
- Y un porcentaje importante presenta la mayoría de las piezas dentarias

## 7. DISCUSIÓN:

En la investigación realizada se puede ver diferentes resultados en cuanto a las variables estudiadas. Se describe en primer lugar la variable sexo y edad de los pacientes que han asistido. Donde el 59 % corresponde al sexo femenino, el 41% al sexo masculino del total de 500 Historias Clínicas analizadas. En cuanto a las edades se obtuvo un promedio, entre 20 y 39 años de edad.

En cuanto a las variables nivel de instrucción el 89% tiene sus estudios primarios o secundarios, y en cuanto a la variable ocupación el 58% son desocupados.

Así también se ha observado el estado de salud bucodental a través de las fichas odontológicas y odontograma, donde los resultados obtenidos indica que el 67,2 % presenta en boca 28 piezas dentarias, lo cual indica que la mayoría de las personas conserva casi la totalidad de sus piezas dentarias, donde esta variable se tuvo en cuenta el número total de piezas dentarias incluyendo los terceros molares, totalizando 32 piezas dentarias.

El trabajo permite reflejar que, si bien existen problemas de salud bucodental, los pacientes asisten en busca de soluciones, conservando la mayoría de sus piezas dentarias. Considerando además una población joven donde más del 50% son mujeres. A pesar que la mayoría tiene algún nivel de instrucción, también un elevado porcentaje es desocupado. Considerando que la asistencia pública brindada por la Universidad en este caso la Facultad de Odontología de la UNNE, permite el acceso a estas personas brindado atención gratuita y en algunos casos con aranceles diferenciados, lo que permite mantener un estado bucodental medianamente aceptable.

Además, este estudio también revela el grado o nivel de instrucción o de estudios que en su mayoría tiene su educación primaria o secundaria, ellos acuden a una institución educativa para poder alcanzar y mantener un estado de salud bucodental aceptable. Donde no solo recibirán una buena atención odontológica, sino que serán educados en prevención y promoción de la salud para que una vez lograda puedan mantenerlo.

Se ha observado que la utilización de servicios de salud odontológicos se ve afectada por aspectos como: edad, sexo, educación, ingreso, ocupación, estatus socioeconómico, disponibilidad de servicios, ubicación geográfica, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, valores, estilos de vida, experiencias previas de atención y presencia o ausencia de síntomas, entre otros. La utilización de los servicios de salud, desde una perspectiva amplia, implica la necesidad de atención. <sup>(54)</sup>

El Ministerio de Salud Pública de la provincia de Corrientes, nos brinda información donde el 52% de la población tiene cobertura social, del cual 39% corresponde a obra social, el 7% a prepaga a través de obra social, el 3% a prepaga solo por contratación y el 4% se encuentra adherido a programas y planes estatales <sup>(55)</sup>. Muy diferente a la atención brindada por la facultad de Odontología de la UNNE, donde todos los pacientes atendidos no cuentan con una cobertura de obra social, tampoco son afiliados a una cobertura de medicina prepaga.

En la capital de la provincia de Corrientes las áreas de la salud pública existen 5 hospitales, 14 centros de atención primaria de la salud (CAPS) y 37 salas de atención primaria (SAPS) que brindan prestaciones odontológicas de distinto grado de complejidad. <sup>(56, 57)</sup>

Si bien nuestro estudio presenta instrumentos para conocer el nivel de instrucción y socioeconómicos, no se han tomado factores asociados como variables en el estudio, sino como factores generales a diferencia de otros autores que hablan de factores determinantes no médicos son aquellos que no se encuentran asociados con los servicios de salud ya mencionados; más bien son factores sociales que determinan la salud de individuos y comunidades. Las políticas públicas saludables y/o intervenciones dirigidas a influir sobre estos factores tienen su esencia en una acción intersectorial controlada por el Estado y liderada por el sector salud en función de este objetivo. Los factores contemplados incluyen los ingresos, individual y familiar; la vivienda, la seguridad alimentaria, la vinculación a redes de apoyo social, el nivel educacional, el empleo y las condiciones de trabajo; las adicciones, como el alcohol, tabaco y las drogas; la igualdad de género y el acceso a la cultura, entre otros. <sup>(58)</sup>

Nuestro aporte al conocimiento ha tomado una edad de adultos jóvenes entre 20 y 39 años de edad donde concluimos que los factores educativos, sociales y económicos tienen una relación directa con el estado de salud no solo general sino también bucodental, en concordancia con autores que afirman que la población creciente de ancianos representa una situación biosocial nueva en la historia de la especie humana y requiere de un profundo conocimiento del proceso de envejecimiento, de su variabilidad en diferentes circunstancias ambientales, de la singularidad del envejecimiento en hombres y mujeres, del control genético del proceso y de la influencia de los estilos de vida para lograr vivir más años con buena salud. <sup>(59)</sup>

El impacto de la falta de vivienda en la salud, es severo; la esperanza de vida es 30 años menor que la de la población general, debido a, exposiciones que presentan mayores riesgos para la salud. Diversos estudios demuestran que la prevalencia de enfermedades bucales es mayor en personas que viven en la indigencia, donde se encontraron diferencias en todas las medidas de salud bucal, con un aumento de tres veces en adultos con enfermedad periodontal y nivel de caries dental. En el año 2018, se encontró que el 90% de las personas sin hogar, usuarios de servicios en Londres tenían problemas de salud bucal y el 30% experimentaba actualmente dolor bucal; este se agravó aún más por una dieta pobre, uso indebido de drogas y alcohol, incluido el consumo de tabaco y problemas de salud mental. <sup>(60)</sup>

En el contexto mundial se reconocen manifestaciones, tales como: a menor nivel de desarrollo socioeconómico, mayores son los niveles de patologías bucales, ya que, el acceso a la atención odontológica está claramente desequilibrado a favor de los que se encuentran en una posición socioeconómica más favorecida. <sup>(61)</sup> A diferencia de la afirmación de este autor, no siempre existe tal relación considerando que el trabajo de investigación realizado pone de manifiesto que el factor educativo o nivel de instrucción ayuda a buscar atención bucodental adecuada a pesar de que la mayoría de los pacientes involucrados en el estudio eran desocupados.

Perder las piezas dentarias, hace que un hábito tan cotidiano y tan habitual como sonreír se convierta en un dilema y un impedimento para relacionarse con las personas que nos rodean, representa un gran problema psicológico para los pacientes, debido a las implicaciones estéticas, fonéticas y funcionales que esto conlleva. Sin embargo, una gran mayoría de las poblaciones de personas sin hogar está completamente desdentada o parcialmente dentada. <sup>(62, 63,64)</sup>

La Odontología en países con mayor índice de pobreza tiene muchas carencias, el mal estado de los dientes de muchas personas y una salud bucal muy débil. En lo que respecta al factor psicológico es uno de los efectos que produce secuelas en la autoestima que provoca distanciamiento y aislamiento por su insatisfacción del aspecto físico, siendo unas de las causas: drogadicción, alcoholismo, ansiedad dental, inexistente o mala higiene bucal. <sup>(62)</sup> Si bien este autor afirma que existe una relación entre el índice de pobreza hay mayores carencias, el aporte del trabajo realizado puede contrarrestar afirmando que si bien los pacientes atendidos en su mayoría eran desocupados, buscaron una alternativa económica de atención y donde además reciben educación preventiva en salud bucodental, mejorando su autoestima, su estado psicológico por verse en un estado mejor luego de ser atendido.

La evidencia científica expuesta por Arrieta et al., afirma que la calidad de vida está directamente relacionada con el estado de salud bucal de las personas, debido que, al no poseer un estilo de vida adecuado no pueden satisfacer las condiciones sanitarias de manera conveniente, en este orden de ideas es importante destacar que en niños y jóvenes prevalece el índice de caries dental, pero en adultos es de mayor necesidad el uso de prótesis, ya que, dichas personas están parcial o totalmente desdentadas por la descomposición de sus estructuras dentales afirmando lo planteado por Stormon et al., <sup>(65)</sup> En relación al estudio realizado se considera que reconocer que la enfermedad de caries es una constante en todas las edades y que está en estrecha relación con los factores estudiados, y si bien a medida que avanza la edad de los individuos van perdiendo piezas dentarias por diferentes causas, el aporte de esta investigación es reconocer sobre todo que el factor educativo es el que más relación tiene en la preservación de la salud bucodental.

El desarrollo alcanzado en el orden médico – social en países desarrollados o en vías de desarrollo donde se incluye Cuba se encaminan a conciliar y desarrollar estrategias para el enfrentamiento de una sociedad envejecida, un reto para el sector salud, responsable de promover y ejecutar acciones que contribuyan prevenir enfermedades y discapacidades, mediante una atención de calidad que permita tener adultos mayores con validez y salud. <sup>(66)</sup> Si bien el estudio realizado fue en adultos jóvenes, se propone elaboración de proyectos de prevención y promoción de la salud, coincidiendo con el autor de desarrollar estrategias que ayuden a prevenir enfermedades mejorando la calidad de vida.

La salud bucodental desde el punto de vista singular, particular y general constituye un medio para la realización personal y colectiva; por ello, en la medida en que la sociedad alcance mayor desarrollo, es capaz de aportar más bienes y disfrutar de ellos con mayor homogeneidad. <sup>(67)</sup>

La literatura científica y las organizaciones internacionales han llamado la atención sobre la necesidad de tener en cuenta el estudio de los determinantes sociales del componente bucal del proceso salud enfermedad, así que factores como: el género y su vinculación con el sistema social se han ido incorporando en el análisis de las desigualdades sociales en salud bucal. <sup>(68)</sup> Podemos afirmar que estamos de acuerdo con lo que menciona Agudelo-Suárez A. y Colaboradores, donde es importante establecer los determinantes sociales y su vinculación con el género, donde nuestro estudio refleja que el sexo femenino es el que mayormente busca atención odontológica.

## **8. CONCLUSIONES:**

- Del trabajo realizado se puede afirmar que existe relación entre factores educativos, sociales y económicos con respecto al estado de salud buco dental de los pacientes que asisten al Hospital Odontológico Universitario de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.
- Si tomamos los variables sexo y edad, el estudio refleja que la mayoría son mujeres, y con respecto a las edades los que asistieron fueron adultos jóvenes, entre 20 y 39 años de edad.
- En cuanto al factor educativo, el estudio refleja claramente que existe una relación directa, la mayoría tienen un nivel de estudio primario o secundario, y que asisten a una institución educativa como la Facultad de Odontología para ser tratado, donde no solo será atendido sino también recibirá educación preventiva y promoción de salud. Donde también se podría interiorizar el estudio que reflejen el motivo de elección de la institución para atenderse.
- Del factor social, el estudio refleja una sociedad de adultos jóvenes en busca de atención odontológica, la mayoría del sexo femenino y que, relacionando con su estado bucodental, presentan casi la totalidad de las piezas dentarias, lo cual indica que hay una preservación de la salud.
- Se observa que los pacientes que participaron en el estudio en su mayoría eran desocupados, lo cual indicaría que buscan aranceles diferenciados para su atención, donde las alternativas de atención son múltiples, a través de las distintas especialidades con la que cuenta la Facultad. El factor económico se relaciona directamente en este caso donde la atención es lograda con aranceles mínimos o diferenciados de prácticas privadas.
- La salud dental es un problema social, identificando otros factores como la nutrición, las condiciones de la vivienda, tener agua potable, el trabajo del grupo familiar, el nivel educacional y servicios de salud accesibles, entre otros factores. Estos factores podríamos incorporar en líneas futuras para profundizar la investigación.
- La salud bucodental se relaciona con el estado general de las personas teniendo en cuenta que en la cavidad bucal es asiento de múltiples enfermedades, lo cual pudimos observar a través de las historias clínicas, donde queda asentado el estado médico general del paciente.
- La educación es un factor ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud, considerando que los pacientes asistidos presentaban niveles adecuados de educación primaria o secundaria.



- El nivel educativo tiene repercusiones directas e indirectas en el estado de salud de las personas, al operar como un elemento de refuerzo y protección a lo largo de su vida. El conocimiento es importante al momento de decidir el tipo de atención, dentro de las posibilidades que brinda la sociedad, considerando que un número importante de personas elije atenderse en la facultad de odontología.
  
- Los factores sociales, educativos y económicos tienen relación directa con el estado de salud bucodental, donde los pacientes atendidos en el Hospital Odontológico de la Universidad Nacional del Nordeste presentan necesidades de tratamiento, lugar donde asisten y se van realizando trabajos para alcanzar niveles aceptables con salud.
  
- De los resultados obtenidos surgen otros interrogantes para seguir investigando, ¿por qué la mayoría son mujeres? Será por factores estéticos, cosméticos o simplemente por salud.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzalés Ramos Rosa María, Hechavarría Puente Gloria, Batista González Niuris Mercedes, Cueto Salas Anaid. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Rev. Cubana Estomatol* [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Mar 17]; 54(1): 60-71. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072017000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100006&lng=es).
2. Cupé Araujo C, García-Rupaya R. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Estomatol Herediana*. 2015 Abril/Junio; 25(2).
3. Martínez Abreu Judit, Capote Femenias José, Bermúdez Ferrer Gismersy, Martínez García Yudith. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. *Medisur* [Internet]. 2014 Ago [citado 2021 Mar 22]; 12(4): 562-569. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2014000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000400002&lng=es).
4. Cindy Marleyi Sanabria-Castellanos, Moisés Alberto Suárez-Robles, John Harold Estrada Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países -Montoya *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2015, 14(28).
5. Ruano E, Cabrera M. Impacto de los problemas bucodentales en la calidad de vida de niños ecuatorianos de 3 a 5 años de edad [Tesis de Especialización]. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2017. p. 87. Acceso: 17/01/2018. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10904> [Links].
6. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators Global, regional, and national incidence, prevalence, and yerras lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 *Lancet* 2017; 390 (10100): 1211-1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2).
7. Phantumvanit P, Makino Y, Ogawa H, Rugg-Gunn A, Moynihan P, Petersen PE, Evans W, Feldens CA, Lo E, Khoshnevisan MH, Baez R, Varenne B, Vichayanrat T, Songpaisan Y, Woodward M, Nakornchi S, Ungchusak C, WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018 Jun; 46 (3): 280-287. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12362>.
8. Ms.Varalakshmi.E, Ms.Ramya.J A study to assess the effectiveness of the guava leaves mouth wash for patients with oral problem *International Journal of Engineering Research and General Science* Volume 7, Issue 5, September-October, 2019 ISSN 2091-2730.

9. World Health Organization. The Helsinki statement on health in all policies. The 8th Global Conference on Health Promotion [Internet]. 2013 Jun 10-14 [citado 2015 May 14]. Disponible en: [http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP\\_Helsinki\\_Statement.pdf](http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf).

10. Walker K, Martínez-Mier E, Vega D. Midwestern Latino caregivers' knowledge, attitudes and sense making of the oral health etiology, prevention and barriers that inhibit their children's oral health: a CBPR approach. BMC Oral Health. 2017 Marzo; 17:1-11. DOI 10.1186/s12903-017-0354-9. [Links]

11. Gonzales Mirand WP. uladech. [Online]; 2015 [cited 2016 12 19. Available from: <http://uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2016/16/10/071843/20160609101029.pdf>.

12. (FDI) FDI. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. Atlas de Salud. Segunda edición ed. Editions M, editor.: Ginebra; 2015.

13. Gonzalés Ramos Rosa María, Hechavarría Puente Gloria, Batista González Niuris Mercedes, Cueto Salas Anaid. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2017 Mar [citado 2021 Mar 22]; 54(1): 60-71. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072017000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100006&lng=es).

14. Gonzalés RRM, Hechavarría PG, Batista GNM, et al. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. Rev. Cubana Estomatol. 2017; 54(1):60-71.

15. Pausa CMM, Suarez HM, Lima AL. Caries dental en escolares asociadas a las determinantes sociales de salud. Invest Medicoquir. 2019; 11(3).

16. Proaño Peláez MS. Causas de Exodoncia en pacientes adultos atendidos en el quirófano de la facultad de Odontología de las Universidades de las Américas [tesis online]. [Ecuador]: Universidad de las Américas; 2016. Recuperado de: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10675/AUSENCIA\\_GENERO\\_BACA\\_TERRONES\\_OLIVIA\\_ISABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10675/AUSENCIA_GENERO_BACA_TERRONES_OLIVIA_ISABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

17. Martínez Tinoco, Mikeling Fabiola; Rivas Trujillo, Zulma Yamalí y Zuniga Fuentes, Debora Abiahail (2017) Estado de salud bucodental y calidad de vida en adultos mayores de los Hogares de Ancianos de Nicaragua en el período de agosto a diciembre del 2016. Otra tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

18. Barnetche, M. (2019). Impact of oral health on the quality of life of young people in confinement, Córdoba, Argentina: A mixed methods study. Journal of Oral Research, 6(6), 147-

153. Recuperado a partir de [http://revistas.udec.cl/index.php/journal\\_of\\_oral\\_research/article/view/912](http://revistas.udec.cl/index.php/journal_of_oral_research/article/view/912).

19. Velázquez L, Ortiz, Cervantes A, Cárdenas A, García C, Sánchez-S Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. (2014). Rev. Med Inst Mex Seguro Soc., (4): 448-449.

20. Aubert J, Sánchez S, Castro R, Monsalves M, Castillo P, Moya P, Calidad de vida relacionada con salud oral en mayores de 14 años en la comunidad san Juan Bautista, isla Robinson Crusoe, Chile. Int. J. Odontostomat., 8(1):141-145, 2014.

21. Miotto M, Almeida C, Barcellos L. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. Ciênc saúde coletiva. 2014; 19(9):3931-3940.

22. Guarnizo-Herreño C, Watt R, Fuller E, Steele J, Shen J, Morris S et al. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. BMC Public Health. 2014; 14 (1).

23. Batista M, Perianales L, Hilgert J, Hugo F, Sousa M. The impacts of oral health on quality of life in working adults. Braz oral res. 2014; 28(1):1-6.

24. Contreras Rengifo Adolfo. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2016 Ago [citado 2021 Mar 18]; 9(2): 193-202. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072016000200018&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072016000200018&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003>.

25. Žemaitienė M, et al. Prevalence and severity of dental caries among 18-year-old Lithuanian adolescents. Medicina (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.medic.2016.01.006>.

26. Sanabria-Castellanos, Cindy Marley y Suárez-Robles, Moisés Alberto y Estrada-Montoya, John Harold y (2015), "Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países". Revista Gerencia y Políticas de Salud, Vol. 14, núm.28, pp.161-189 [Consultado: 22 de Marzo de 2021]. ISSN: 1657-7027. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54540401012>.

27. García Vallecillo, Heymi Fabiola; Gutiérrez Dávila, Jenniffer Carolina y González Chavarría, Dayra Maryuris (2018) Prevalencia de Caries Dental de acuerdo con el sistema de Detección y Valoración de Caries ICDAS II en Escolares de 6 y 12 años del Distrito III de Managua, Agosto-Noviembre 2017. Otra tesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

28. Amézquita, L., González, L. & Rico, A. Base de datos de información epidemiológica de caries dental en Zimbabwe. [Internet]. s. [citado: 2021, marzo] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/2290>.

29. Sanabria C. C.M, Suárez R. M. A, Estrada M. J.H. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. Revista Gerencia y Políticas de Salud [en línea]. 2015 Jun. [Citado 31 Oct. 2017]; 14(28): 161-189. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps18-28.rdsc>.

30. Cosme Casulo Jorge. The Objectives of Sustainable Development and the academy. MEDISAN [Internet]. 2018 Oct. [citado 2021 Mar 22]; 22(8): 838-848. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000800838&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000800838&lng=es).

31. Restrepo, J. L. (2018). Modelo económico constitucional en la operatividad del sistema de protección social. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/12196>.

32. Sanabria-Castellanos CM, Suárez-Robles MA, Estrada-Montoya JH. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2015; 14(28): 161-189. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps18-28.rdsc>.

33. MONTES M. Family influence in the educative process of minors in the Costa Azul neighborhood of Sincelejo (Colombia), 2009 Oct 52 (2): 84-105.

34. Oyarzun Serrano, Lorena. (2018). LOS DESAFÍOS DE LA GLOBALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA: ¿ESTADO O REGIÓN? Universum (Talca), 33(1), 164-186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762018000100164>.

35. Ibarra Mora Jessica, Hernández Mosqueira Claudio Marcelo, Ventura-Vall-Llovera Carles. Hábitos alimentarios y rendimiento académico en escolares adolescentes de Chile. Rev. Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 2019 Dic. [citado 2021 Mar 22]; 23(4): 292-301. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2174-51452019000400010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452019000400010&lng=es). Epub 13-Oct-2020. <http://dx.doi.org/10.14306/renhyd.23.4.804>.

36. Serrano FKM, Arévalo RN, Hernández ZLG. El conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro. Correo Científico Médico. 2019; 23(2).

37. Reales Cassiani, MA; Rodríguez Suárez, MR - 2018 - Universidad de Cartagena Impacto de una intervención educativa en salud bucal mediante página web en cuidadores de preescolares.

38. HS Halawany, A Al Badr, S Al Sadhan, M Al Balkhi... - The Saudi dental ..., 2018 – Elsevier Objective This study aimed to examine the effectiveness of oral health intervention on the

improvement in knowledge and self-reported oral health behavior among 6–8 year old female primary school children in Riyadh, Saudi Arabia. Materials and methods The simple.

39. IGLESIAS S, ROMERO P. Eficacia de dos métodos didácticos en la actitud del niño para la preservación de su salud bucal, 2015 feb. 8(1): 30-42.

40. Reales Cassiani, MA Rodríguez Suárez, MR - 2018 - Universidad de Cartagena Impacto de una intervención educativa en salud bucal mediante página web en cuidadores de preescolares.

41. Ponce Alay JL, Rodríguez Chávez CA. Tesis [Internet]. 2017 [citado el 22 de Marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/27210>.

42. Proaño Peláez MS. Causas de Exodoncia en pacientes adultos atendidos en el quirófano de la facultad de Odontología de las Universidades de las Américas [tesis online]. [Ecuador]: Universidad de las Américas; 2016. Recuperado de: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10675/AUSENCIA\\_GENERO\\_BACA\\_TERRONES\\_OLIVIA\\_ISABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/10675/AUSENCIA_GENERO_BACA_TERRONES_OLIVIA_ISABEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

43. Giacaman RA, Araneda E, Padilla C. Association between Biofilm-Forming Isolates of Mutans. Archives of Oral Biology. 2010; 55 (8): 550-4.

44. Moreira R. Epidemiology of Dental Caries in the World. Intech Open Access Publisher; 2012.

45. Levin KA, Davies CA, Topping VA, et al. Inequalities in Dental Caries of 5-Year-Old Children in Scotland, 1993-2003. European Journal of Public Health. 2009; 19 (3): 337-42.

46. Mendes FM, Braga MM, Oliveira LB, et al. Discriminant Validity of the International Caries Detection and Assessment System (Icdas) and Comparability with World Health Organization Criteria in a Cross-Sectional Study. Community Dental and Oral Epidemiology. 2010; 38: 398-407.

47. Parisotto TM, Steiner-Oliveira C, Duque C. Relationship among Microbiological Composition and Presence of Dental Plaque, Sugar Exposure, Social Factors and Different Stages of Early Childhood Caries. Archives of Oral Biology. 2010; 55 (5): 365-73.

48. Cuenca, S. E., Barca, G. P. (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. España: Masson.

49. Rodríguez Pulido I.C. (Médico Estomatólogo SAS); Raposo Correa S. (Odontólogo SAS); Díaz Almenara M.E. (Master en Salud Pública Oral por la U.S.) CARIES DENTAL. ACTUALIZACIÓN. 2017 Revista Europea de Odontoestomatología REDOE.

50. Luzardo Ávila WA Tesis [Internet]. 2020-10 [citado el 16 de Marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49741>.

51. Rubiela Villamizar Hernandez y col. 2016. Modelos Teóricos de Psicología Comunitaria.

52. López Zepeda L. 2015, Revista Electrónica de Investigación en Ciencias Económicas Abriendo Camino al Conocimiento Facultad de Ciencias Económicas, UNAN-Managua REICE Vol. 3, No. 5, enero-junio 2015 ISSN: 2308 – 782X REICE | 36 LOS PROCESOS SOCIALES DESDE LA MIRADA HOLÍSTICA DEL PARADIGMA EMERGENTE Y SU HISTORIA EN EL DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL.

53. Molina, F. N., Irigoyen, M. E., Castañeda, C. E., Sánchez, H. G., Bologna, E. (2002) Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico. Revista Mexicana de Pediatría; 69(2):53-56.

54. Carrasco-Loyola M, Sáenz AL, Orejuela-Ramírez F. Associated factors with the use of dental services in a peruvian university dental clinical. Rev. Estomatol Herediana 2015; 25(1):27-35.

55. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes. [Internet]. [accesado 2015 Sept. 18]. Disponible en: [http://www.saludcorrientes.gob.ar/s/desc/sala/2015/1/3/personas\\_con\\_cobertura\\_social\\_y\\_sin\\_cobertura.jpg.jpg](http://www.saludcorrientes.gob.ar/s/desc/sala/2015/1/3/personas_con_cobertura_social_y_sin_cobertura.jpg.jpg)  
»[http://www.saludcorrientes.gob.ar/s/desc/sala/2015/1/3/personas\\_con\\_cobertura\\_social\\_y\\_sin\\_cobertura.jpg.jpg](http://www.saludcorrientes.gob.ar/s/desc/sala/2015/1/3/personas_con_cobertura_social_y_sin_cobertura.jpg.jpg).

56. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes. [Internet]. [accesado 2015 Sept. 18]. Disponible en: <http://saludcorrientes.gob.ar/sitio/index.php/el-mi-nisterio/misiones-yfunciones/telefonos-utiles/capital/caps-capital.html>  
»<http://saludcorrientes.gob.ar/sitio/index.php/el-mi-nisterio/misiones-yfunciones/telefonos-utiles/capital/caps-capital.html>.

57. Municipalidad de la Ciudad de Corrientes. Salas de Atención Primaria [Internet]. [accesado 2015 Sept. 18]. Disponible en: <http://ciudaddecorrientes.gov.ar/cor-rientes/saps> »  
<http://ciudaddecorrientes.gov.ar/cor-rientes/saps>.

58. Labori Ruiz José R, Cosme Casulo J, Perrand Robert MV, Valenzuela Rodríguez CR, Mora García G. La Economía y su relación con la salud de la población cubana. MEDISAN [Internet]. 2014 Abr. [citado 2015 Ene 21]; 18(4):504-508. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18\\_4\\_14/san06414.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_4_14/san06414.pdf).

59. Gispert Abreu E, Bécquer Águila JL. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. Rev. Cubana Estomatol [Internet]. 2015 Sep. [citado 2015 Nov. 30]; 52(3):231-4. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072015000300001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000300001&lng=es).

60. Csikar. J, Vinall. K, Richemond. J, Talbot. J, Serban. S, Douglas. G. Identifying the barriers and facilitators for homeless people to achieve good oral health. CDH [Internet]. 2019 [citado 30 May 2019]; 36(2):137-142. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31070874>.

61. Vilugrón F, Chaparro R, Cancino J, Bustos S. Health-Related Quality of Life and Alcohol Consumption among Homeless People. Rev. Cubana Salud Pública [internet] 2018 [citado 16 sep. 2019]; 44 (4). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1130/1166>.

62. Cançado. M, Wisniewski. F, Correa. T, Vaz. J, Pereira. M, Concha. X. Oral health and socioeconomic indicators of adolescents living in a region of extreme poverty. Rev. FOUA [Internet] 2018 [Citado nov. 2019] 29(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-246X2018000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2018000100004).

63. Freitas, D., Kaplan, L., Tieu, L., Ponath, C., Guzman, D., & Kushel, M. (2018). Oral health and access to dental care among older homeless adults: results from the HOPE HOME study. Rev. JPHD [Internet] 2018 [Citado oct. 2019] 79 (1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30295922>.

64. Hede. B, Thiesen. H, Christensen. L. A program review of a community-based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. AOS [Internet] 2019 [Citado oct. 2019] (5):364-370. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30777469>.

65. Stormon. N, Pateman. K, Phil. Smith, Callander. A, Ford. P. Evaluation of a community based dental clinic for youth experiencing homelessness in Brisbane. Wiley Online Library [Internet] 2018 [Citado oct. 2019] 27(1): 241-248 Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.12644>.

66. Mursuli Sosa Maritza, Rodríguez Jenny, Domínguez Valdivia Liset, Pérez García María Eugenia, Puga López Carlos Alberto, González Forte Bertha et al. Evaluación de la calidad de la atención estomatológica de dos servicios de Estomatología General Integral. Sancti Spiritus. 2018. Gac Med Espirit [Internet]. 2018 Ago [citado 2020 Mar 19]; 20(2): 12-27. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-9212018000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-9212018000200012&lng=es).

67. Berenguer Gouarnaluses Maritza del Carmen, Pérez Rodríguez Arnoldo, Dávila Fernández Martha, Sánchez Jacas Isolina. Determinantes sociales en la salud de la familia



cubana. MEDISAN [Internet]. 2017 Enero [citado 5 diciembre 2018]; 21(1): 61- 73. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S10293019201700010008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10293019201700010008&lng=es).

**68.** Agudelo-Suárez AA, López-Vergel F, Alzate-Urrea S, López-Orozco C, Espinosa Herrera E, Posada-López A, Meneses-Gómez EJ. Salud bucal y género en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de salud. *Revista Universitaria Salud*. 2016; 18(1):58-68.

## 10. ANEXOS:

### Historia Clínica

#### FACULTAD DE ODONTOLOGÍA U.N.N.E

#### ANAMNESIS

##### 1) Datos de filiación:

**Apellidos y Nombres:**

**Sexo:** M ( ) F ( )

**Edad:**

**Documento: Tipo** (DNI)                      Otro                      Número

**Estado civil:** Soltero ( ) Casado-conviviente ( ) Divorciado ( ) Viudo ( )

**Domicilio:** actual    anterior

**Profesión:**

**Dirección de contacto:**

**Teléfono:**

**Email:**

##### 2) Motivo de consulta:

##### 3) Antecedentes de la enfermedad actual

**Síntoma inicial:**

**Síntoma principal:**

**Síntomas acompañantes:**

##### 4) Antecedentes personales

###### a) Fisiológicos

Apetito	Normal ( )	Aumentada ( )	Disminuida ( )
Digestión	Normal ( )	Aumentada ( )	Disminuida ( )
Catarsis	Normal ( )	Aumentada ( )	Disminuida ( )
Diuresis	Normal ( )	Aumentada ( )	Disminuida ( )
Sed	Normal ( )	Aumentada ( )	Disminuida ( )
Sueño	Normal ( )	Aumentada ( )	Disminuida ( )
Ritmo menstrual	Normal ( )	Aumentado ( )	Disminuido ( ) Ausente ( )

**b) Patológicos**

**Clínicos**

**Enfermedades Infecto-contagiosas**

**HIV** ( )

**Sífilis** ( )

**Hepatitis B** ( ) **C** ( ) **otras** ( )

**Consignar otras enfermedades infecciosas**

**Cardiovasculares**

**Hipertensión arterial** ( )

**Grado 1 (TA 140-159/90-99)** ( )

**Grado 2 (TA mayor a 160/100)** ( )

**Años de diagnóstico** ( )

**Tratamiento:**

**Controles domiciliarios** ( )

**Controles médicos** ( )

**Cardiopatía isquémica**

**Angina de pecho** ( )

**Infarto de miocardio** ( )

**Tratamiento:**

**Controles médicos** ( )

**Arritmias cardíacas**

**Fibrilación auricular** ( ) **Tratamiento**

**Ventriculares** ( ) **Tratamiento**

**Marcapasos definitivo** ( )

**Insuficiencia cardíaca**

**Años de diagnóstico** ( )

**Historia de internaciones previas** ( )

**Tratamiento**

**Valvulopatías**

**Tratamiento médico** ( )

**Tratamiento anticoagulante** ( )

**Requiere profilaxis antibiótica** ( )

**Cirugía cardiovascular**

**Vascular coronaria** ( )

**Reemplazo valvular** ( )

Otras ( )

Tratamiento

Renales

Insuficiencia renal crónica ( )

Otras ( )

Endocrino-metabólicas

Diabetes tipo1 ( ) 2 ( ) años de diagnóstico

Tratamiento

Controles (autocontroles) ( ) controles médicos ( )

Cushing ( )

Medicamentoso (iatrogénico) ( )

No medicamentoso ( )

Otras enfermedades endocrino-metabólicas

Digestivas

Hemorragia digestiva ( ) último episodio

Enfermedades hepáticas ( )

Neurológicas

Convulsiones ( )

Tratamiento último episodio convulsivo

Accidente cerebrovascular ( )

Parkinson ( )

Alzheimer ( )

Respiratorias

E.P.O.C ( )

Asma bronquial ( )

Tratamiento ( )

Hematológicas

Síndromes hemorrágicos ( )

Trombofilias ( )

Tratamiento antiagregante ( ) aspirina ( ) otros ( )

Tratamiento anticoagulante ( )

Alergias

Droga/s

Tipo de reacción

**Otros antecedentes médicos**

**Quirúrgicos**

*Exodoncias*

**Otros**

**c) Inmunizaciones**

*Hepatitis B* ( )

*Tétanos* ( )

*Otras* ( )

**d) Hábitos tóxicos**

*Tabaco* ( )

*Cigarrillos* ( )

*Otro* ( )

*Alcohol* ( )

*Drogas* ( )

**5) Antecedentes heredo-familiares**

*Padres*            *Vivos* ( )            *Sanos* ( )            *Muertos* ( )

*Hermanos* *Vivos* ( )            *Sanos* ( )            *Muertos* ( )

*Cónyuge* *Vivo* ( )            *Sano* ( )            *Muerto* ( )

*Hijos* *Vivos* ( )            *Sanos* ( )            *Muertos* ( )

*Colaterales* *Vivos* ( )            *Sanos* ( )            *Muertos* ( )

**EXAMEN FÍSICO**

**Estado actual**

*Impresión general*

**Signos vitales**

*Pulso arterial*

*Presión arterial*

*Temperatura axilar*

*Frecuencia Respiratoria*

*Peso*

*Altura*

**REGISTRO DE HIDRATOS DE CARBONO DE LA DIETA**

¿Qué desayuna?	
Azúcar:                      Cantidad:	
¿Qué come o toma entre el desayuno y el almuerzo	
Azúcar	
¿Qué almuerza?	
Azúcar	
¿Qué come o toma entre el almuerzo y la merienda?	
Azúcar	
¿Merienda?	
Azúcar	
¿Qué come o toma entre la merienda y la cena?	
Azúcar	
¿Qué cena?	
Azúcar	
¿Come o toma algo después de la cena?	
Azúcar	
Si se despierta de noche, ¿qué come o toma?	
Azúcar	
¿Hay días especiales de la semana con diferentes menús que el descripto?	
Azúcar	

Momentos de azúcar diarios totales =
Momentos de azúcar entre comidas =

**HIGIENE ORAL**

- a) ¿Se cepilla los dientes? ..... ¿Cuántas veces al día? .....
- b) ¿Qué tipo de Cepillo dental utiliza? .....
- c) ¿Se cepilla con alguna Técnica?.....
- d) ¿Recibió alguna otra forma de flúor?..... ¿Cuál?.....

Otros Recursos (marcar lo que corresponda)

- Palillo
- Hilo
- Cepillo interdental

**Hábitos:**

- ¿Se cepilla antes del desayuno?  ¿Se cepilla después del desayuno?  ¿Después del almuerzo?
- ¿Después de la merienda?                       ¿Antes de dormir?                       ¿Utiliza pasta con flúor?
- ¿Recibió mensajes sobre Educación para la salud? Si ..... No ..... ¿Dónde?
- .....
- .....

**EXAMEN INTRABUCAL – INDICES**

**Índice Gingival de Loe Silness**

**Primer Control**

Fecha:

Dientes	Mesial	Central	Distal	P/L	Promedio
1.6/5.6					
2.1/6.1					
2.4/6.4					
3.6/7.5					
4.1/8.1					
4.4/8.4					

Promedio Total:...../.....6=.....

**Segundo Control**

Fecha:

Dientes	Mesial	Central	Distal	P/L	Promedio
1.6/5.6					
2.1/6.1					
2.4/6.4					
3.6/7.5					
4.1/8.1					
4.4/8.4					

Promedio Total:...../.....6=.....

### Índice de O'Leary

Índice Primer Control	%	Fecha: / /
-----------------------	---	------------

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Índice Segundo Control	%	Fecha: / /
------------------------	---	------------

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

### ODONTOGRAMA

<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>

<b>55</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>52</b>	<b>51</b>	<b>61</b>	<b>62</b>	<b>63</b>	<b>64</b>	<b>65</b>					
<b>85</b>	<b>84</b>	<b>83</b>	<b>82</b>	<b>81</b>	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>74</b>	<b>75</b>					

**Referencias**  
 Color rojo:  
 patológico  
 Color azul:  
 fisiológico

### Índice de caríes

CPOS

ceos

C	P	O	Total

c	e	o	Total



### Personalización del Paciente

.....  
.....  
.....  
.....

### Plan Preventivo Básico

.....  
.....  
.....  
.....

**Consentimiento Informado**

**Nº DE REGISTRO**

**FECHA / /**

**NOMBRE DEL PACIENTE**

.....

**DNI**

.....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial, caracterizada por la atención odontológica a cargo de Estudiantes bajo la supervisión clínica de Docentes.

Se me ha explicado los problemas de salud bucal que padezco, la naturaleza de la enfermedad, su evolución natural y el tratamiento o procedimientos propuestos por el equipo de salud para mi recuperación.

Me han informado las ventajas y beneficios del tratamiento odontológico, así como la posibilidad de tratamientos alternativos y las consecuencias en el caso de no realizar ningún procedimiento terapéutico.

Se me ha explicado los riesgos comunes y posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del tratamiento.

Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria, incluyendo interconsultas con otro servicio odontológico, a los fines de conocer el estado de mi salud, minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. También se me ha dicho que en caso de tener problemas de salud general, estos pueden incidir sobre el tratamiento. En este caso debo acudir a mi médico tratante y adicionalmente, presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica.

He recibido información acerca de la Anestesia que necesitaré para algunos tratamientos: El propósito es interrumpir transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. El odontólogo me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente desaparece espontáneamente en dos o tres horas.

En el caso de las Radiografías he sido informado que el propósito es obtener una imagen de una zona de la boca que permita diagnosticar diferentes patologías, como caries, procesos infecciosos y otros. Comprendo que la exposición a la radiación es muy baja y me han advertido de que existen elementos para reducir la radiación como protectores plomados. Autorizo fotografías, videos u otros registros para fines académicos garantizándome la confidencialidad, y el resguardo de mi identidad. Me comprometo a acudir a mis citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique y cumplir con las instrucciones dadas.

Culminada la intervención odontológica y/o quirúrgica se me ha explicado las indicaciones postoperatorias, medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir. Además, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y a criterio del Profesional. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico y que la omisión de estas recomendaciones puede provocar resultados distintos a los esperados. He recibido todas las explicaciones en un lenguaje claro y sencillo, y he realizado las preguntas y dudas que consideré oportunas, todas las cuales han sido respondidas.

Por todo ello

**PRESTO MI CONSENTIMIENTO al tratamiento propuesto.**

.....

**FIRMA DEL PACIENTE**

.....

**ACLARACIÓN**

.....

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

.....

**ACLARACIÓN**

**Historia Clínica del Hospital Odontológico de la FOUNNE**

**Análisis de dieta:**

- 1- Desayuno: ¿Qué bebe y qué come? .....

  - a) Azúcar: ¿Cuanta? .....
  - b) ¿Qué bebe, come o mastica entre el desayuno y el almuerzo? .....
  - c) Azúcar: ¿Cuanta? .....

- 2- Almuerzo: ¿Qué bebe y qué come? .....

  - a) Azúcar: ¿Cuanta? .....
  - b) ¿Qué bebe, come o mastica entre el almuerzo y la merienda? .....
  - c) Azúcar: ¿Cuanta? .....

- 3- Merienda: ¿Qué bebe y qué come? .....

  - a) Azúcar: ¿Cuanta? .....
  - b) ¿Qué bebe, come o mastica entre la merienda y cena? .....
  - c) Azúcar: ¿Cuanta? .....

- 4- Cena: ¿Qué bebe y qué come? .....

  - a) Azúcar: ¿Cuanta? .....
  - b) ¿Qué bebe, come o mastica después de cenar y antes de acostarse? .....
  - c) Azúcar: ¿Cuanta? .....
  - d) ¿Cepilla sus dientes antes de acostarse? .....
  - e) ¿Qué bebe, come o mastica durante la noche si se despierta? .....
  - f) Azúcar: ¿Cuanta? .....

Momentos de azúcar en la 1ª consulta	Nº	Fecha:
Momentos de azúcar Alta del paciente	Nº	Fecha:

**Cuestionario, sobre el Nivel de Instrucción o educación**

¿Cuál es el grado de estudios?

- 1- Primaria Completa / Incompleta.....
- 2- Secundaria / Incompleta.....
- 3- Secundaria / Completa.....
- 4- Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros).....,
- 5 - Estudios Universitarios Incompletos.....
- 6- Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado).....
- 7- Posgrado.....

**Cuestionario, sobre factores sociales y económicos**

- 1- ¿A qué se dedica, que ocupación tiene?.....
- 2- ¿Tiene un trabajo estable, en relación de dependencia o es independiente?.....
- 3- ¿Cuántas personas familiares viven en su casa?.....
- 4- ¿Cuántos son dentro de la casa que aportan económicamente?.....
- 5- ¿Tiene agua potable en su domicilio?.....
- 6- ¿Su casa está realizada con materiales de construcción?.....
- 7- ¿Tiene baño instalado?.....
- 8- ¿Tiene alguna obra social?.....
- 9- ¿Puede pagar servicios médicos en forma particular?.....