

**CONOCIMIENTO DEL MEDICO SOBRE MANIFESTACIONES ORALES DE  
ENFERMEDADES SISTEMICAS  
(Revisión narrativa de la literatura)**

**Investigadoras**

**GINA ALEXANDRA LEMUS TAVERA  
GISSELLE ANDREA SANDOVAL LUGO**

**Asesora Científica y Metodológica**

**CLAUDIA HURTADO ARANGO  
Odontóloga Especialista en Seguridad Social en Salud**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA**

**PREGRADO**

**BOGOTA, 2 – 2008**

**CONOCIMIENTO DEL MEDICO SOBRE MANIFESTACIONES ORALES DE  
ENFERMEDADES SISTEMICAS  
(Revisión narrativa de la literatura)**

**ASESORA METODOLOGICA**

**Dra. CLAUDIA HURTADO ARANGO**

**Odontóloga Especialista en Seguridad Social en Salud**

**ASERORA CIENTIFICA**

**Dra. CLAUDIA HURTADO ARANGO**

**Odontóloga Especialista en Seguridad Social en Salud**

**INVESTIGADORAS**

**GINA ALEXANDRA LEMUS TAVERA**

**GISSELLE ANDREA SANDOVAL LUGO**

**INSTITUCION UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA (UNICOC)**

**BOGOTA, 2 – 2008**

## DEDICATORIA

A DIOS,  
POR NUESTRAS VIDAS.

A NUESTROS PADRES,  
POR SU ESFUERZO Y COMPRENSION.

A NUESTRA UNIVERSIDAD,  
POR LOS CONOCIMIENTOS BRINDADOS.

A NUESTROS FAMILIARES Y AMIGOS,  
POR SU APOYO Y COLABORACION.

ALEXANDRA, GISSELLE

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

**Dra. CLAUDIA HRTADO ARANGO**

Odontóloga Especialista en Seguridad Social en Salud

## TABLA DE CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCION	
CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	
1. DEFINICION DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACION	10
3. IMPACTO	11
4. MARCO TEORICO	11
5. OBJETIVOS	22
6. METODOLOGIA	22
7. PROCEDIMIENTO	24
8. RESULTADOS	29
9. CONCLUSIONES	31
10. RECOMENDACIONES	33
11. BIBLIOGRAFIA	33

## 1 ASPECTOS- TEORICOS – CIENTIFICOS

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Los problemas en la salud oral influyen en la condición general de la persona. El diagnóstico clínico de la enfermedad oral puede dar idea de la causa y el pronóstico, sin embargo no refleja directamente el nivel de alteración en el individuo. Para la mayoría de las personas las enfermedades orales no son de por vida, ni tan severas que deshabiliten, sin embargo sus consecuencias pueden impactar en la vida diaria en diferentes grados y provocar la percepción de incapacidad alterando el desenvolvimiento psicosocial” (Romero y col, 2004).

Algunas enfermedades sistémicas (como la diabetes mellitus) por ejemplo, tienen manifestaciones periodontales. Asimismo, algunas enfermedades periodontales pueden afectar al organismo. En ocasiones, las alteraciones orales son la primera manifestación de una enfermedad sistémica. Por todo ello, la exploración oral debería ser obligada en la visita médica, y el diagnóstico y tratamiento de las afecciones gingivales, entre otras, debería realizarse de forma precoz.

Investigaciones recientes han señalado la posible relación de las infecciones orales crónicas y la diabetes, las enfermedades cardíacas y pulmonares, el derrame cerebral y los nacimientos prematuros. Actualmente se evalúa estas asociaciones emergentes y explora los posibles mecanismos que podrían servir de

base a estas conexiones entre enfermedades orales y sistémicas (Thompson, 2000).

Por lo anterior es necesario establecer ¿cuáles son las manifestaciones orales de alteraciones sistémicas y cuál es el conocimiento del médico respecto a estas?

## **1.2. JUSTIFICACION**

No debe interpretarse la salud oral y la salud general como entidades separadas. La salud oral integra la salud general y es esencial para la salud global de todos los individuos. La identificación temprana de enfermedad oral puede contribuir al diagnóstico temprano y tratamiento de varias enfermedades sistémicas. La integración de la salud oral en la atención médica primaria de los niños podría ser una estrategia a considerar en cualquier país donde el acceso a la atención odontológica es un problema.

A fin de aumentar la capacidad del médico de atención primaria para detectar problemas dentales, quizás resulte necesario ofrecer mayor capacitación para identificar problemas de salud oral. Un estudio piloto realizado en Carolina del Norte, después de dos horas de entrenamiento a los pediatras en atención de la salud oral infantil (El entrenamiento incluyó la revisión de los métodos de examen, y presentación de diapositivas clínicas que ilustraban la caries dental en distintos estadios), los médicos lograron un nivel adecuado de precisión en la prueba de detección de caries dentales (Douglas, Ch, 2004).

Es importante reconocer cuales son las manifestaciones orales de alteraciones sistémicas y cual es el nivel de conocimiento de éstas por parte del médico de esta manera se podrá realizar una integración del manejo interdisciplinario de la salud humana y así promover estrategias de promoción y prevención de la salud oral desde la consulta médica.

### **1.3. IMPACTO**

Con la descripción de las manifestaciones bucales de alteraciones sistémicas es posible observar la necesidad del conocimiento de la salud oral en la intervención interdisciplinaria para la prevención de la enfermedad y la promoción y mantenimiento de la salud

### **1.4. MARCO TEORICO**

El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente formal de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. Saber es el conjunto de conocimientos que producen un pensamiento continuo de recuerdos de los conocimientos adquiridos a lo largo del tiempo.

El nivel de conocimiento es definido como el aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa (Ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (Ej. De 0 a 20). Por otra parte el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal, es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes (caries, enfermedad periodontal y maloclusiones); además de los aspectos preventivos.

**1.4.1. Nivel de conocimiento de las manifestaciones orales de enfermedades sistémicas por parte del médico:** En el estudio adelantado por Muñoz y colaboradores, 2005 en México, sobre el conocimiento de los médicos sobre estomatología, encontraron que, “El porcentaje de médicos familiares que obtuvieron un nivel de conocimiento bueno y regular sobre el Programa de Estomatología Preventiva fue mayor de 85 %, lo cual indica que el personal médico de primer nivel de atención conoce adecuadamente el Programa, por lo que es necesario que lo aplique en la atención del usuario. No obstante que el nivel de conocimiento fue de regular a bueno, es necesario realizar más estudios sobre el tema, con el fin de comparar los resultados obtenidos y mejorar la capacitación del médico familiar en estomatología preventiva, estrechando el enlace de éste con el estomatólogo en el primer nivel de atención” (Muñoz, y col, 2005)

Según el reporte de Colgate Palmolive S.A., 2001, "Un informe de la Dirección General de Salud Pública en EE.UU. sobre salud bucal afirma que una buena salud bucal es esencial para conservar la salud general del individuo, y depende en gran medida del nivel de conocimiento que se tenga sobre salud oral. Particularmente en el caso de las mujeres, un gran número de investigaciones han relacionado la enfermedad de las encías con una variedad de problemas de salud general, debido a que la enfermedad de las encías es una infección bacteriana, y las bacterias pueden ingresar en el torrente sanguíneo y convertirse en un factor causal de otras complicaciones de salud". (Colgate Palmolive, 2001)

Palomar R, 2006 sostiene que "Los médicos pediatras y los demás profesionales de la salud que tienen contacto con madres y niños pequeños, tienen una gran responsabilidad en la mantención de la salud oral de sus pacientes. El conocimiento de las medidas de prevención permitirá evitar la formación precoz de caries y mejorar los índices de salud oral de nuestra población infantil".

"La American Academy of Pediatric Dentistry y la American Dental Association recomiendan que la primera prueba de detección dental se haga al año de edad. La American Academy of Pediatrics recomienda la evaluación de riesgo oral en niños a los seis meses y, en ausencia de problemas dentales, una primera visita al dentista a los tres años de edad. Dado el reconocimiento de la importancia del rol del pediatra en la atención odontológica, este grupo puede cumplir un rol vital en la

detección de caries y otros problemas significativos, y derivar al niño a un odontólogo”.

En un estudio realizado por Payan Rosas y colaboradores, 2004, encontraron que “en las notas médicas no hubo evidencia respecto al manejo de enfoque de riesgo: medidas higiénico-dietéticas, cambios de hábitos, ni referencia al servicio dental para revisión de su cavidad oral, que el médico familiar haya indicado a sus pacientes. En este estudio se identificó que el médico familiar desconoce o no aplica el enfoque de riesgo en los pacientes con caries dental, se propone que el médico familiar debe capacitarse sobre la importancia que tiene realizar diagnóstico temprano, derivar oportunamente, transmitiendo educación para la salud a todos sus pacientes” (Payán- Rosas y col, 2004).

Palomer R, 2006 sostiene que los médicos y los demás profesionales de la salud que tienen contacto precoz con las madres embarazadas y mujeres con niños pequeños (médicos obstetras, matronas, enfermeras, etc.), deben estimularlas e insistir en el cuidado de su salud oral como parte del cuidado de su salud y la de sus hijos (Palomer R, 2006).

Según Alexandra Saldarriaga, 2002, es importante que el personal médico tenga los conocimientos necesarios de las manifestaciones de enfermedades orales, con el fin no solo de hacer prevención sino de detectar enfermedades orales frecuentes y remitir oportunamente al odontólogo (Saldarriaga, 2002).

#### **1.4.2. Consecuencias de las enfermedades orales dentro de la salud general:**

Según Muñoz y colaboradores, 2005 en México "La caries y la enfermedad periodontal constituyen una las cinco primeras causas de consulta en el primer nivel de atención y son factores de riesgo para algunas enfermedades como fiebre reumática, endocarditis bacteriana y artritis reumatoide. En 1995, 4.8 % de la consulta de medicina familiar correspondió a algún padecimiento estomatológico. En 1997, Rodríguez indicó la importancia del diagnóstico de salud bucal en atención primaria y la interacción existente entre el médico familiar y el estomatólogo en el Sistema de Salud de Cuba. En ese mismo año, el IMSS estableció el Programa de Estomatología Preventiva Integral en el primer nivel de atención médica" (Muñoz, y col, 2005).

Según Damon Thompson, 2000 "Los desordenes orales graves pueden minar la autoestima y la autoimagen, desanimar la interacción social normal, y conducir a depresiones y stress crónicos, así como producir grandes costos económicos", dijo Satcher. "También pueden interferir con funciones vitales tales como respirar, comer, tragar y hablar. El problema de la enfermedad restringe las actividades escolares, de trabajo y de familia, y a menudo disminuye en forma considerable la calidad de vida". (Thompson, 2000)

Las infecciones microbianas, incluyendo aquéllas causadas por bacterias, virus, y hongos, son las causas primarias de enfermedad oral más prevalentes. Se ha relacionado a la enfermedad periodontal a una variedad de condiciones sistémicas. Los estudios han demostrado una asociación entre la enfermedad

periodontal y la enfermedad cardiovascular, infarto, diabetes, osteoporosis, HIV, y abortos espontáneos.

- La Enfermedad cardiovascular e infarto: la infección que causa la enfermedad periodontal crónica es un factor de riesgo de infarto de miocardio o lesión coronaria. Las bacterias encontradas en los trombos de los infartos son las mismas que causan la enfermedad periodontal. Según el Instituto Nacional de Dental y Craneofacial (USA).
- La diabetes se manifiesta oralmente y es reconocida por el CDC de USA. Como la cuarta causa de muerte entre los norteamericanos. El azúcar alto en la sangre ayuda al crecimiento bacteriano produciendo úlceras y encías sangrantes, estas son la primera señal de diabetes.
- La osteoporosis: también pueden descubrirse señales tempranas de osteoporosis, a través del examen radiográfico dental. Hay una relación fuerte entre el metabolismo del hueso y salud oral. Podrían usarse las radiografías dentales rutinarias para proteger la pérdida del hueso.
- HIV/SIDA. Es una enfermedad que a menudo se manifiesta primero en la boca. La inflamación de las encías y otras lesiones están a menudo presentes. El sangrado espontáneo es un hallazgo frecuente. Éstos pueden ser precursores de enfermedad periodontal.
- Problemas respiratorios: Las bacterias que proliferan en la cavidad bucal pueden viajar a los pulmones provocando enfermedades respiratorias como neumonía, especialmente en las personas con enfermedad de las encías

- Embarazo: la enfermedad Periodontal se ha unido a los nacimientos prematuros y bebés de bajo peso. Investigadores norteamericanos estiman que el 18 % de los 250.000 infantes prematuros nacidos en los Estados Unidos cada año puede atribuirse a la enfermedad oral infecciosa. El elevado nivel de hormonas en las futuras madres puede causar inflamación de las encías por un aumento de bacterias en el surco gingival (Gingivitis). Estas bacterias excesivas pueden viajar al útero, activando prostaglandinas que inducen a un parto prematuro (Garbero Y Col, 2004)

#### **1.4.3. Manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas**

**Manifestaciones Bucales de la Diabetes.** Las manifestaciones clínicas y la sintomatología bucal de la diabetes, pueden variar desde un grado mínimo hasta uno más grave, y dependen: del tipo de alteración hiperglicémica existente, de un control o tratamiento, hasta del tiempo de aparición de la enfermedad.

Las manifestaciones bucales de los pacientes diabéticos diagnosticados, incluyen un espectro completo de alteraciones. Los signos y síntomas clínicos pueden estar en relación con cambios salivales y dentales, alteraciones periodontales y de la mucosa, infecciones oportunistas, aliento cetónico o diabético, y alteraciones de la curación de las heridas. En el caso de pacientes diabéticos no controlados, la presencia de poliuria puede agravar las dificultades de formación salival por falta de agua, que se pierde por vía renal (Moret Yuli, Y Col, 2002).

Esta xerostomía produce irritación de las mucosas, por ausencia del efecto lubricante de las mucinas salivales, lo que trae como consecuencia directa la aparición de queilitis angular y fisuramiento lingual.

Otra de las consecuencias de la hiposalivación, es la pérdida del efecto mecánico de barrido microbiano y de residuos alimenticios por parte del flujo salival constante, lo que se traduce en un aumento de la población microbiana bucal y con un mayor riesgo de aparición de infecciones de distinta índole. De forma secundaria a la xerostomía, puede observarse un aumento de la actividad de caries, principalmente en la región cervical dental.<sup>2</sup> La hiposalivación además, dificulta la formación del bolo alimenticio, y la captación de los sabores (disgeusia), ya que es el vehículo de diluyentes para que lleguen y penetren las sustancias saborizantes a las papilas gustativas. La respuesta gingival de los pacientes con diabetes no controlada, ante la acumulación de placa dental, suele ser acentuada, produciéndose una encía hiperplásica y eritematosa. Estos cambios gingivo-periodontales en un paciente diabético, revelan histológicamente una disminución de la respuesta vascular a la irritación (producida por el acumuló de la placa dental), dificultad en la respuesta por parte de las células inflamatorias, y engrosamiento de la lámina basal de los microvasos gingivales, lo que a su vez afecta la permeabilidad de estos vasos, disminuyendo así la resistencia a las infecciones. (Moret Yuli, Y Col, 2002).

Característicamente, los pacientes diabéticos no controlados presentan hallazgos

periodontales, como lo son: la presencia de abscesos gingivales, las proliferaciones granulares subgingivales, ensanchamiento del ligamento periodontal, pérdida del hueso alveolar, produciéndose consecutivamente movilidad dentaria extrema y pérdida precoz de los dientes. Esta relación entre diabetes y enfermedad periodontal ha sido ampliamente estudiada. Algunos autores señalan que la diabetes es un factor predisponente capaz de reducir la resistencia de los tejidos periodontales a la actividad microbiana y en contraste, otros han encontrado que la presencia de infecciones periodontales pueden interferir con la regulación de los niveles de glucosa en sangre. La alteración en la regeneración tisular y el aumento a la susceptibilidad de infecciones, son producidas por procesos como: disminución de la actividad fagocítica, reducción de la diapédesis, retraso de la quimiotaxis, cambios vasculares que conducen a la reducción del flujo sanguíneo y alteración de la producción de colágeno (Rodríguez Morales, 2004).

En cuanto a la regeneración de tejidos, estos pueden verse afectados por la mala difusión de elementos estructurales como los aminoácidos, que se necesitan para la producción de colágeno y de sustancias glucoproteicas intercelulares, requeridas para el reestablecimiento del tejido dañado (esta mala difusión de elementos, se debe a las alteraciones vasculares del paciente diabético). La alteración de la quimiotaxis en un paciente diabético no controlado, puede causar un aumento de la susceptibilidad de infecciones, y podría facilitar el desarrollo de enfermedad periodontal; ello aunado al compromiso del sistema inmunitario y al

uso prolongado de antibiótico terapia(antibióticos de amplio espectro como las tetraciclinas) da paso a la instalación de infecciones oportunistas producidas por *Cándida albicans* , así como por otras especies del Género *Candida* y por algunos de la Familia *Mucoraceae*. El aliento cetónico, es otras de las características bucales propia de los pacientes diabéticos que se manifiesta cuando los cetoácidos del metabolismo lipídico se elevan en sangre de manera importante. (160 mg de glucosa/ 100ml de sangre). (Moret Yuli, Y Col, 2002).

**La histiocitosis de células de Langerhans** es una patología infrecuente en la que se reconoce una forma unifocal, una multifocal unisistémica y otra multifocal multisistémica, con posibilidad de evolución de una a otra. La enfermedad cursa con manifestaciones orales, pudiendo ser éstas la primera manifestación de la enfermedad.

Las lesiones de encías y dientes ocurren casi en la mitad de los pacientes; suele comenzar en la región periapical del diente, en las zonas posteriores de la mandíbula, causando erosión de la lámina dura. En las proyecciones radiológicas parece que el diente flote porque está rodeado de un material granulomatoso radiolúcido. En ocasiones se produce pérdida de dientes temporales, con recambio precoz y erupción anticipada de dientes permanentes como consecuencia de enfermedad periodontal prepuberal asociada al patógeno *actinobacillus actinomycetemcomitans* que suele conducir a movilidad y pérdida dentaria sobre los 3 años. La osteolisis mandibular puede conducir a una

disminución en la altura de la rama mandibular. Cuando están afectadas las encías con infiltración mandibular y dientes flotantes, es necesario un tratamiento quirúrgico o radioterápico local. (Hernández y colaboradores, 2002).

**Manifestaciones orales en pacientes con cáncer:** según Navas 2007, “Los pacientes sometidos a ciclos terapéuticos de quimioterapia desarrollan alteraciones tan graves en la mucosa, que se corre el peligro de septicemias difíciles de controlar sobre todo en pacientes no sometidos preventivamente a limpieza de la cavidad oral. Una investigación realizada por Hou y Tsai acerca de las manifestaciones orales relacionadas con la leucemia, encontró que problemas bucales como hemorragia, agrandamiento gingival, ulceraciones en la mucosa y sangrados espontáneos de las encías, representaron complicaciones importantes para la salud integral de los individuos de su estudio”. Rojas-Morales y col reportaron que el 60% de los niños y adolescentes con cáncer tenían gingivitis y 18% mucositis oral. Gordón-Núñez y col en un estudio de niños y adolescentes con neoplasias malignas encontraron que el 52 % de estos pacientes presentaban mucositis oral. Clarkson y Eden reportaron, que el 43% de los niños en edades entre 1 y 14 años de edad, diagnosticados con cáncer, tenían caries sin tratar y solo un 35% había sido visto por el odontólogo desde que se le había diagnosticado la enfermedad, igualmente un significativo porcentaje de infecciones bacterianas no habían sido tratadas en éstos pacientes. (Navas y col, 2007).

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo General**

Describir el conocimiento del medico sobre manifestaciones orales de enfermedades sistémicas

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- Describir las implicaciones de las enfermedades orales sobre la salud general
- Describir manifestaciones orales de enfermedades sistemicas
- Describir el rol de los médicos sobre la salud oral de los pacientes.
- Relacionar conocimientos y prácticas de los médicos en la promoción y prevención de la salud oral.

## **2 ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

Revisión de fuentes secundarias

### **2.2 OBJETO DE ESTUDIO**

Conocimiento de manifestaciones orales.

### **2.3 MATERIAL OBJETO DE ESTUDIO**

Artículos científicos seleccionados

## **2.4 MUESTRA**

80 - 100 artículos científicos.

## **2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **2.5.1 Criterios de Inclusión**

- Artículos científicos publicados de 1997 en adelante
- Artículos de publicaciones científicas reconocidas
- Artículos de estudios de casos y controles
- Artículos de estudios de cohorte.
- Artículos en cualquier idioma

### **2.5.2 Criterios de Exclusión**

- Ensayos clínicos
- Investigaciones en proceso
- Opinión de expertos
- Tesis, monografías

## **2.6 UNIDADES DE ANALISIS**

- Implicaciones de las enfermedades orales sobre la salud general./ tipo de enfermedad oral y su manifestación en boca.

- Enfermedades sistémicas y embarazo, que presentan manifestaciones orales. / tipo de manifestación oral.
- Rol del médico sobre la salud oral de los pacientes.
- Conocimientos y prácticas de los médicos en la promoción y prevención de la salud oral.

## **2.7 PROCEDIMIENTO**

### **2.7.1 FASE I: HEURISTICA**

- Definición descriptores de búsqueda
- Criterios de inclusión y exclusión
- Búsqueda manual
- Búsqueda electrónica
- Bases de datos
- Revistas consultadas.
- Selección de artículos

### **2.7.2. ETAPA1. PLANIFICACIÓN DE LA REVISIÓN. *IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE REVISIÓN.***

Se realizará una revisión de literatura cuyo objeto será: Conocimiento de manifestaciones orales de alteraciones sistémicas por parte de los médicos. El objetivo general es Identificar manifestaciones orales de alteraciones sistémicas (enfermedades y embarazo), así como el conocimiento de éstas por parte del

médico. Los objetivos específicos son: Establecer las implicaciones de las enfermedades orales sobre la salud general, Describir manifestaciones orales de enfermedades sistémicas, Establecer el rol del médico sobre la salud oral de los pacientes y Relacionar conocimientos y prácticas de los médicos en la promoción y prevención de la salud oral.

### **2.7.3. RECURSOS**

- revistas que fueron consultadas: acta odontol Scand, Journals Periododontology, Journals Tenn Dentistry, Lancet, Medical Oral Patology, Public Health y revista de la Federación Odontológica Colombiana.
- bibliotecas seleccionadas para la consulta son: Luís Ángel Arango, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia, Colegio Odontológico Colombiano, Universidad Antonio Nariño.
- bases de datos electrónicas: Medline, Cinahl, Embase, Lilacs, Cochrane Controlled Trials Database, SciSearch, pubmed, pubmedcentral y Hinary

### **2.7.4. PROTOCOLO DE BUSQUEDA**

**Términos:** salud oral, promoción y prevención, médico general, pediatra, conocimiento en salud oral.

**Combinaciones:** salud oral + promoción y prevención, salud oral + médico general, salud oral + pediatra, médicos y conocimiento en salud oral

### **Estrategia de búsqueda:**

- **P:** Población (médicos)
- **I:** Intervención (conocimiento sobre salud oral)
- **C:** Comparación
- **O:** Resultados (conocimiento de los médicos sobre manifestaciones orales en alteraciones sistémicas)
- **T:** Tipo de estudio (cohorte, casos y controles)

### **2.7.5. PROTOCOLO DE REVISION**

**Normas de revisión:** Leer el resumen e introducción y decidir si se incluye o no el estudio, en base a los criterios de este protocolo. En la copia completa del trabajo, adjuntar comentarios sobre el mismo documento en un lugar visible. Se llevará un control acerca de los estudios primarios aceptados y rechazados, registrando el motivo de exclusión, mediante la matriz bibliográfica.

**Criterios de inclusión:** Artículos científicos publicados de 1997 en adelante, Artículos de publicaciones científicas reconocidas, Artículos de cohorte, casos y controles, Artículos en cualquier idioma.

**Criterios de exclusión:** Ensayos clínicos, Investigación en proceso, Opinión de expertos, Tesis, monografías.

### **2.7.6. ESTRATEGIA DE SÍNTESIS DE DATOS**

Por cada estudio seleccionado, se realizará una lectura con el objeto de extraer datos para el trabajo, en 2 etapas:

Etapa 1: En esta deberá leer el resumen, introducción, trabajos relacionados, conclusión y referencias.

Etapa 2: Se leerán los preliminares y el cuerpo del artículo, esto permitirá:

Incluir en forma detallada la información necesaria para la revisión.

Los datos serán sintetizados de acuerdo a los siguientes temas:

- Implicaciones de las enfermedades orales sobre la salud general.
- Enfermedades sistémicas y embarazo, que presentan manifestaciones orales.
- Rol del médico sobre la salud oral de los pacientes.
- Conocimientos y prácticas de los médicos en la promoción y prevención de la salud oral.

#### **2.7.6.1 PLANIFICACIÓN DE LA REVISIÓN. *EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN.***

Dado que esta investigación esta en el desarrollo de una tesis, la evaluación de la planificación fue realizada por los asesores metodológicos y científicos de la misma.

#### **2.7.6.2. FASE II: HERMENEUTICA**

- Instrumento de recolección de datos
- Unidades de análisis
- Análisis de la información

- Organización en tablas
- Conclusiones y recomendaciones

## 2.8. ETAPA 2: DESARROLLO O EJECUCION DE LA REVISIÓN

### 2.8.1 Desarrollo de la revisión. *Extracción de datos.*

En esta etapa se extraerá la información de interés en los estudios siguiendo el procedimiento del protocolo de revisión. Se consignará en matriz bibliográfica datos como autor, años, palabras clave, resultados, conclusión, tipo de estudio.

Luego de seleccionar los artículos se organizaran en tablas por unidad de análisis extrayendo el principal hallazgo de cada estudio.

### 2.8.2. Publicación de los resultados.

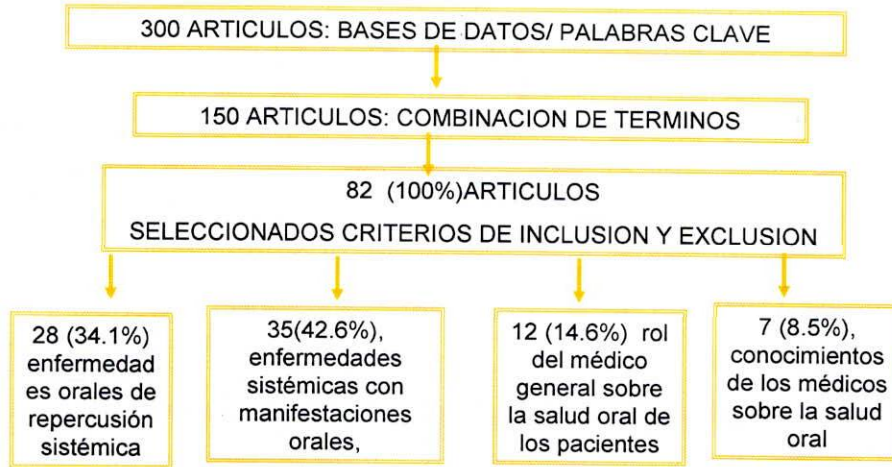
Los resultados serán analizados por medio de las unidades de análisis establecidas y la información será consignada en tablas previamente diseñadas, luego de la combinación de datos para el estudio. Finalmente se elaborará un informe final en donde se analice la información obtenida de los artículos y se describan las principales manifestaciones orales de enfermedades sistémicas.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

### **MATRIZ BIBLIOGRAFICA**

AUTOR	TITULO	PALABRAS CLAVES	METODO	RESULTADO

### 3 RESULTADOS



### 3.1 IMPLICACIONES DE LAS ENFERMEDADES ORALES SOBRE LA SALUD GENERAL

ENFERMEDAD ORAL	NO. ART.	%	ENFERMEDAD SISTÉMICA
ulceración paladar	3	10.7	tuberculosis pulmonar
Caries	8	21.5	Bajo peso, infección sistémica, problema de lenguaje, psicológicos
Periodontitis	17	60.7	cardiovasculares, infecciones sistémicas

### 3.2 ALTERACIONES SISTEMICAS QUE PRESENTAN MANIFESTACIONES ORALES

# ARTICULO	%	ENFERMEDAD SISTEMICA	MANIFESTACIÓN ORAL
9	25.7	diabetes	Alteración periodontal, alteración mucosa, infección oportunista, aliento cetónico, Xerostomía
7	20	infecciones sistémicas (VIH, Leishmaniasis)	Gingivitis, inflamación maxilares, úlceras.
8	22.8	cáncer	Caries dental, gingivitis, Xerostomía, infección oportunista
7	20	Alteración hormonal (embarazo, menopausia, Adolescencia)	pérdida de hueso, inflamación gingival
4	11.4	otros (genéticas)	úlceras, dientes supernumerarios, maloclusiones, anodoncia, inflamación maxilares

### 3.3 ROL DEL MEDICO SOBRE LA SALUD ORAL DE LOS PACIENTES

# ARTICULO	%	ROL DEL MÉDICO
10	83.3	promoción y prevención en salud oral
9	75	remisión oportuna al odontólogo
10	83.3	medidas higiénico sanitarias
12	100	alerta al paciente sobre posibles riesgos
12	100	revisión cavidad oral

### 3.4 CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS MEDICOS EN LA PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD ORAL

# ARTICULO	%	CONOCIMIENTO MÉDICO
7	100	necesidad de capacitación
4	57	conocimientos malos
2	28	conocimientos regulares
2	28	conocimiento buenos

## 4 CONCLUSIONES.

### 4.1 IMPLICACIONES DE LAS NEFERMEDADES ORLES EN LA SALUD GENERAL

- La caries dental, es la enfermedad oral que más afecta a los niños. El pediatra, el médico, el odontólogo y todo el personal de la salud que maneja niños, puede ayudar a prevenir las consecuencias físicas, psicosociales y económicas que ocasionan la caries dental.
- Dentro de las enfermedades orales que influyen en enfermedades sistémicas se encuentra principalmente la periodontitis, la cual ha sido relacionada con alteraciones del sistema cardiovascular, y cuya presencia

puede facilitar la proliferación de infecciones en el torrente sanguíneo, embarazos pretérmino, bajo peso al nacer

#### **4.2 MANIFESTACIONES ORALES DE ENFERMEDADES SISTEMICAS**

- Enfermedades como la diabetes, el cáncer, enfermedades genéticas, leishmaniasis, entre otras, presentan manifestaciones orales sin embargo algunas alteraciones sistémicas como el embarazo, la menopausia, la adolescencia y las depresiones severas tienen implicaciones sobre la salud oral.

#### **4.3 ROL DEL MEDICO EN SALUD ORAL DEL PACIENTE**

- El 85,7% de los estudios coinciden en que el rol del médico es importante en cuanto a la promoción y prevención de la salud oral así como para promover medidas higiénico sanitarias.
- Por otro lado el 100% recalcan la importancia de alertar a los pacientes sistémicos sobre posibles riesgos en la salud oral y la importancia de la revisión de la cavidad oral.

#### **4.4 CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS MEDICOS EN LA PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD ORAL**

- El 100% de los artículos relacionados con los conocimientos de los médicos indican la necesidad de capacitación en cuanto salud oral, el 50 % reportan que los conocimientos de los médicos sobre salud oral son malos y el 25% que son regulares, sólo un 25% reportó que los conocimientos en salud oral son buenos.

### **5 RECOMENDACIONES**

**5.1** Realizar estudios que evalúen el conocimiento de los estudiantes de Odontología sobre enfermedades sistémicas a partir de las manifestaciones orales y el conocimiento sobre el protocolo de manejo de dichas entidades.

**5.2** Realizar estudios interinstitucionales, donde se evalúe el conocimiento del médico en cuanto a las manifestaciones orales de enfermedades sistémicas y el conocimiento sobre el manejo de estos pacientes.

### **BIBLIOGRAFIA**

Amar Salomon y Kong Mun Chung "Influence of hormonal variation on the periodontium in women" *Periodontology* 2000 Vol 6, 1994, 79-87.

Cahuana A. Manifestaciones orales de la histiocitosis de células de Langerhans en la edad pediátrica. *Odontol Pediatr* 2001;9:20-5

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Normas de Educación para la Salud estomatológica. 2000.

Culacciati C, Peterlini C; Negrini F; Bordonin N. Análisis de las concepciones de padres y docentes de niños preescolares en salud bucal. Memorias. de la XXXVII Reunión Anual. Sociedad Argentina de Investigación Odontológica. División de la Internacional Association for dental research., 2004 nov 11- 13; Córdoba, Argentina.

Damon Thompson. El Primer Informe Del Cirujano General Sobre Salud Oral Encuentra Disparidades Profundas Entre La Poblacion A Nivel Nacional. Nacional Institute of dental and craneofacial Research., mayo de 2005. Enero 17 de 2001.

Garbero I., Gómez Ponce de León R., Delgado AM. El Odontólogo en el Control Prenatal. Clin Inv Gin Obst. 1997, 24 (9): 10-15

Guggenheimer, J; Myers, D; Weyant, R. Insulin dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies. I prevalence and characteristics of non-candidal lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000 89:563-569.

Guggenherirmer, J; Myers, D; Weyant, R. Insulin dependent diabetes mellitus and oral soft tissue pathologies. II Prevalence and characteristics of Candida and Candidal lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000 89:96

Hernández Juyol. Et al. Manifestaciones orales de la Histiocitosis de células de Langerhans. A propósito del caso de un niño de dos años. Med Oral 2003;8:19-25.

Jacomino Cuba A. Estomatología. Curación o educación. En: Estomatologia2002. (Programas resúmenes) Cuba; 2002.p.16

*Köhler B, Andreen I:* Influence of caries-preventive measures in mothers on cariogenic bacteria and caries experience in their children. Arch Oral Biol 2001; 39: 907-11.

La Corte E, Rodríguez AJ, Vielma C, Thomas C, Mazza W, Tami I. Carga Viral, CD4 y Manifestaciones Bucles Relacionadas con el VIH/SIDA en Hombres y Mujeres. Boletín Venezolano de Infectología 2001; 11(1).

Martinez Malavé L, Salazar CR, Sánchez G Estrato Social y prevalencia de gingivitis en gestantes. Estado Yaracuy, Municipio San Felipe. Act Odont Vzlana 2001, Vol 39 (1): 19-27.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín Epidemiológico, Año 54. Semana Epidemiológica N° 52. Período del 26 de Diciembre al 01 de Enero 2005.

Moret yuli. Manifestaciones bucales de la diabetes mellitus gestacional (presentación de dos casos y revisión de la literatura). Home ediciones. Volumen 40 n° 2 / 2002.

Muñoz y col. *Conocimiento que tiene el médico familiar en estomatología preventiva.* Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (1): 83-87.

National Cancer Institute. Complicaciones orales de la quimioterapia y la radioterapia de la cabeza y cuello (PDQ®). [acceso 2006 Jul 16].

Odontol. Sanmarquina. Romero Y Colaboradores. Enfermedades Bucales Con Repercusión Sistémica. 2004; 8 (1) : 42-45.

Palomer R. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Rev. chil. pediatr. vol.77 no.1 Santiago Feb. 2006.

Payán, et al. El médico familiar y el enfoque de riesgo en el manejo de la patología bucal. *ArchMedFam* 2004; 6(1): 11-13.

Pazos Hernandez L, Valente AP Morbilidad bucal y perfil de atención odontológica en prescolares y escolares del Area Programática del Hospital Parmenio Piñero. RAAO 2001, 2(XL): 16-30

Ravera E, Sanchez G, Squassi A, Bordón N. Asociación entre conocimientos, concepciones, practicas y estudios formales de padres y la salud Bucal en preescolares. Memorias de la XXXVII Reunión Anual. Sociedad Argentina de Investigación Odontológica. División de la Internacional Association for dental research., 2004 nov 11- 13; Córdoba, Argentina.

Ravera E, Sanchez G, Squassi A, Bordón N. Asociación entre conocimientos, concepciones, practicas y estudios formales de padres y la salud Bucal en preescolares. Memorias de la XXXVII Reunión Anual. Sociedad Argentina de Investigación Odontológica. División de la Internacional Association for dental research., 2004 nov 11- 13; Córdoba, Argentina.

Rodríguez AC, Baly MB. Atención primaria en estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cub Estomatol 1997;34(1):28-29.

Rodríguez Calzadilla A., Delgado Méndez L. Vigilancia y Evolución de la Salud Bucal: Método de Observación y control. Revista Cubana de Estomatología 2000;32(1):15-19

Rodríguez CO. Autoexamen para prevenir el cáncer bucal. (monografía en Internet). (citado 2005 nov 17). Disponible en: <http://www.ciudadfutura.com/odontolweb/HTML/pacientes/art03.html>

Rojas de Morales T, Zambrano O, Rivera L, Navas R, Chaparro N, Bernardoni C, Rivera F, Fonseca N, Tirado DM. Oral-disease prevention in children with cancer: testing preventive protocol effectiveness Med Oral 2001; 6:326-34.

Simpson, R; Kast, S. Management of gestational diabetes with a conservative insulin protocol. Med J Aust. 2000 172(11): 537-540.

*Söderling E, Isokangas P, Pienihäkkinen K, Tenovuo J:* Influence of maternal xylitol consumption on acquisition of mutans streptococci by infants. J Dent Res 2000; 79: 882-7.

Tappuni AR, Flemming GJ. The effect of antiretroviral therapy on the prevalence of oral manifestations in HIV-infected patients: a UK study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001 Dec; 92(6):623-8.

The American Academy of Periodontology (La Academia Estadounidense de Periodontología),

Tobar V. Manifestaciones bucales e infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. Acta Odontol (serie en Internet). 2004 Dic (citado 2005 Abr 7); 40(3). Disponible en: <http://www.ecielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652002000300002&script=sci>

Tobar V. Manifestaciones bucales e infecciones oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA. Acta Odontol (serie en Internet). 2004 Dic (citado 2005 Abr 7); 40(3). Disponible en: <http://www.ecielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652002000300002&script=sci>

Viera, Ninoska T., Rojas de Morales Thais, Navas, Rita M. Paz Gudiño M. Gingivitis and Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies in children and adolescents suffering from leukemia. Med. oral patol. Oral cir bucal .2004.9(5): 396-402.

Zambrano Olga R., Rojas de Morales Thaís, Navas Rita M., Viera Ninoska T.,

Tirado Dulce M. y Rivera Luis E. Respuesta inflamatoria gingival en niños y adolescentes con neoplasias linfohematopoyéticas. INCI, 2002. 27( 9):471-475.