



**Universidad  
Nacional  
de Cuyo**

**R E V I S T A**

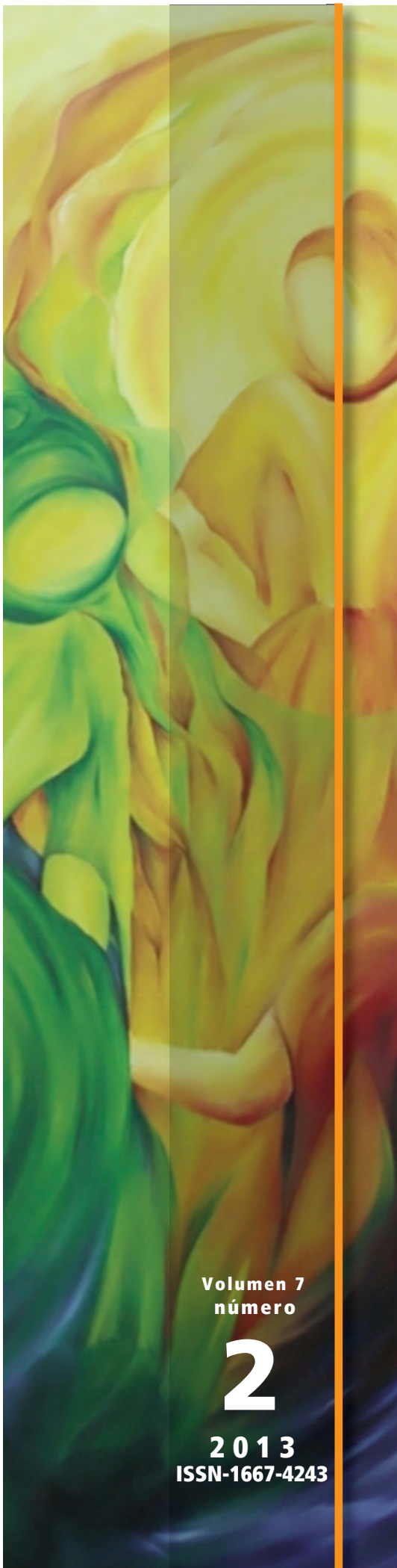
**Volúmen 7  
número**

**2**

**2013**

**ISSN-1667-4243**

**Facultad de  
Odontología**



**R E V I S T A**

# Facultad de Odontología

Volumen 7  
número

**2**

**2013**  
ISSN-1667-4243



Universidad Nacional de Cuyo



## Autoridades



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO**  
 Mendoza, Argentina

Prof. Dr. Alberto José MARTÍN  
**Decano**

Prof. Od. José Simón ABDALA  
**Vicedecano**

Prof. Od. Mario GUIÑAZÚ  
**Secretaría Académica**

Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA  
**Secretaría de Posgrado**

Prof. Od. Sonia Lucía MARÓN  
**Secretaría de Extensión Universitaria**

Prof. Od. Edgardo Oscar BOERO LÓPEZ  
**Secretaría de Asuntos Estudiantiles y Acción Social**

Prof. Od. Patricia Silvia ECHAGARAY  
**Dirección Carrera de Asistente Dental**

Lic. María Alejandra LÓPEZ  
**Dirección Gral. de Administración**

Cont. Cecilia ASENSIO  
**Dirección Gral. Económico Financiera**

### Consejo Superior

#### Prof. Titular:

Prof. Od. Pablo Adolfo ELÍAS

#### Alumno:

Srta. Carmen Daiana LUNA

#### Egresado:

Od. Sergio Gabriel SABIO

#### Aux. Docencia:

Prof. Od. Graciela Edith GARCIA

#### Personal de Apoyo Académico:

Sra. Ana Cristina RITTA

### Consejo Directivo

#### Prof. Titulares:

Prof. Od. José Simón ABDALA

Prof. Od. Arnaldo Walter CELI

Prof. Méd. Orlando José LAFALLA

Prof. Od. María Cecilia PORTA

#### Prof. Adjuntos:

Prof. Od. Carlos Hernán BOSSHARDT

Prof. Od. Norma Ester TORLASCHI

#### Aux. Docencia:

Od. Silvia Verónica PAEZ

#### Egresados:

Od. Edgar Sebastián OLIVARES

Od. Macarena Soledad VELAZCO

#### Alumnos:

Sr. Vincent Adrián ORDOÑEZ ACUÑA

Sr. Franco Germán SABIO

Srta. Elizabeth Marisol LUCERO GRANCARA

#### Personal de Apoyo Académico:

Téc. Univ. Elizabeth Beatriz PÉREZ

#### Secretariodel consejo:

Téc. Univ. Omar Walter GUTIÉRREZ

**Esta revista constituye el órgano de difusión de la Facultad de Odontología de la UNCuyo**

Los artículos publicados no representan necesariamente la opinión de la Editorial.

Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite la fuente.

Indexado en Latindex, en base de datos EBSCO y próximamente en la BVS.

## Comité Editorial

Departamento de Publicaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

Creado por resolución N°31/99

### Consejo Asesor presidido por el Prof. Dr. Alberto José MARTÍN

Decano de la Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina

Prof. Titular de Clínica de Prótesis Fija y Removible I y II

### Director Editorial

#### Prof. Od. José Simón ABDALA

Vicedecano de la Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina

Prof. Titular Efectivo de la Asignatura Ortodoncia y Ortopedia dentofacial

### SECRETARÍAS

#### Prof. Od. Sonia Lucía MARÓN

Secretaría de Extensión Universitaria. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

#### Bibliotecaria Nac. Ester PERETTI

Directora Biblioteca Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

### ASESORES

#### Prof. Od. Claudia FERNÁNDEZ

Especialista en Odontopediatría y Docencia Universitaria.

Prof. Adjunta Odontopediatría I. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

#### Lic. Mónica CORONADO

Asesoría Pedagógica.

Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

### REFERATOS EXTERNOS

#### Dr. Juan Carlos ALBERA

Doctor en Odontología. UNCórdoba. Argentina.

Director carrera de Especialización en Prostodoncia.

Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

#### Prof. Dra. Noemí BORDONI

Doctora en Odontología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

Prof. Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

#### Prof. Dr. Juan Carlos CAVICCHIA

Doctor en Medicina. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Emérito. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

#### Prof. Dr. Pascual A. GARGIULO

Doctor en Medicina. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Adj. Efectivo de Farmacología. Facultad de Ciencias Médicas de la UNCuyo.

Investigador Independiente del CONICET.

#### Dr. Martín EDELBERG

Doctor en Odontología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

Director carrera de Especialización de Odontología Restauradora. Facultad de Odontología. UNCuyo.

#### Prof. Med. Nélide PIZZI DE PARRA

Prof. Emérita. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

#### Prof. Dra. Estela RIBOTTA DE ALBERA

Doctora en Odontología. Facultad de Odontología. UNCórdoba. Argentina.

Directora de la Carrera de Especialización en Periodoncia.

Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Presidente de la Fundación Independencia. Córdoba. Argentina.

#### Dr. Pedro SALES

Doctor en Odontología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

Director carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial.

Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Adj. Efectivo Cátedra Ortodoncia. Facultad de Odontología. Universidad

Nacional de Buenos Aires.

#### Prof. Dr. ISRAEL A. VEGA

Dr. en Biología. Investigador Adjunto CONICET.

## Sumario

<b>EDITORIAL</b>	<b>5</b>
<hr/>	
<b>INVESTIGACIONES</b>	
<b>Área Diagnóstico por imágenes</b>	
<b>Comunicación bucosinusal. Diagnóstico con tomografía cone beam CBCT</b>	
Od. Adriana Marra; Dra. Adriana Poletto	<b>7</b>
<hr/>	
<b>Área Endodoncia</b>	
<b>Prevalencia de calcificaciones pulpares en primeros molares en función del género, edad y ubicación</b>	
Prof. Mgter. Graciela Peña; Prof. Esp. Julio Caram	<b>11</b>
<hr/>	
<b>Área Humanidades y Ciencias Sociales</b>	
<b>Perspectivas en la relación odontólogo-paciente: un vínculo entre personas</b>	
Lic. Sáenz, Sergio Julián	<b>19</b>
<hr/>	
<b>Área Interdisciplinaria</b>	
<b>¿Cómo mejorar la Bioseguridad en Hospitales y servicios de Salud?</b>	
Godoy, Manuel Enrique	<b>21</b>
<hr/>	
<b>Área Interdisciplinaria</b>	
<b>La historia clínica. Marco legal</b>	
Prof. Od. Silvia Inés González; Abogado Roberto J. Marianetti; Od. Rosana R. Sarli; Od. Carlos Spadaro	<b>26</b>
<hr/>	
<b>Área Interdisciplinaria</b>	
<b>De custodios a gestores de información: el rol del bibliotecario a través del tiempo</b>	
Lic. Ester Peretti	<b>31</b>
<hr/>	
<b>Área Odontopediatría</b>	
<b>Maltrato infantil y la consulta odontológica</b>	
Od. Rosana Sarli; Prof. Od. Silvia Inés González; Od. Patricia Rizzo	<b>35</b>
<hr/>	
<b>Área Periodontología</b>	
<b>Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal</b>	
Pascucci, Jorge Orlando; Giaquinta, María de los Ángeles	<b>40</b>
<hr/>	
<b>Atención Odontológica de la Salud Bucal</b>	<b>46</b>
<hr/>	
<b>Biblioteca</b>	<b>48</b>
<hr/>	
<b>Normas para los autores</b>	<b>49</b>
<hr/>	

## Editorial

# Hacia una cultura de la innovación

En la actualidad hay consenso respecto a la necesidad de adecuar el sistema educativo a las demandas y exigencias sociales, de actualizar los conocimientos y las formas de comunicarlo.

Para poder realizar innovaciones en los procesos de formación universitaria se requiere, entre otras cosas, ampliar los alcances de la investigación, fortalecer la extensión y difundir y debatir lo que se sabe y lo que se enseña, tanto como concertación y planificación de los procesos de cambio.

Gran parte del éxito o fracaso de las innovaciones educativas depende de la forma en que los diferentes actores educativos participan en el desarrollo de una cultura institucional abierta a los cambios, dispuesta a indagar y a compartir.

Siendo la innovación un proceso requerido, que responde a las demandas y naturaleza de la sociedad del conocimiento, debe ser asumido de forma consciente y deliberada por sus actores, con el fin expreso de impactar en aquellas áreas que son medulares a la función de las universidades.

Las resistencias que emergen en torno a los procesos de innovación suelen generarse en estructuras organizacionales rígidas o burocratizadas, por valores considerados incuestionables y por la oposición activa de individuos que ven afectados sus intereses. Corresponde entonces arbitrar las acciones que permitan consolidar actitudes favorables hacia una cultura de la innovación.

Una fructífera y fluida articulación entre docencia, investigación y extensión, caracterizada por la colaboración, resulta definitiva para que se instalen procesos de cambio y mejora, de innovación, en tanto los miembros de la organización no son "consumidores" de innovaciones, sino sujetos activos del proceso de construcción y reconstrucción de las mismas.

**Prof. Dr. Alberto José Martín**

Decano Facultad de Odontología. UNCuyo. Mza. Argentina.

### Staff

**Publicación editada por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.**

Mendoza. Argentina  
Parque Gral. San Martín - C.P. 5500  
Casilla de Correo 378  
*bibliotecaodonto@fodonto.uncu.edu.ar*  
Tels. +54 (261) 4135007- Int. 2814  
Fax. 4494142

**Coordinación general:**

Prof. Od. José Simón Abdala

**Edición y diagramación:**

Teresa Salamunovic  
Patricia Calderón  
Mariela Sosa  
*teresalamun@gmail.com*

**Corrección:**

Cristian Salcedo

**Impresión:**

CLAVES GRAF

**Edición Diciembre 2013**

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Impreso en Argentina

ISSN 1667-4243

## Nuestra portada



**"Fiesta de vendimia".** Óleo sobre tela. 1,00 x 1,32 mts.

*En esta obra se interpreta la danza de una celebración cultural autóctona de la Provincia de Mendoza, la "Fiesta Nacional de la Vendimia", basada en el movimiento, en el color y la transparencia.*

*Está organizado bajo una paleta de color cromático que refleja los claros y los oscuros de manera ordenada. La obra transmite el esplendor del trabajo de los mendocinos.*

# Ana María González López

(1963 - 2013)

Profesora de Artes Plásticas. Egresada de la Facultad de Artes. Universidad Nacional de Cuyo. 1988

Años en docencia: 23 años. Nivel Primario, Secundario y Terciario.

## EXPOSICIONES

1991- Muestra de Pintura del "Colegio Farmacéutico de Mendoza".

1992- Muestra Individual realizada en el "Salón Cultural Bernardino Rivadavia".

2007- Muestra con obra seleccionada, en "Luján es Otoño" XI Salón Provincial de Pintura. Subsecretaría de Cultura, Mendoza.

2007- Muestra con obra seleccionada, en el 27° "Salón de Pintura" Consejo de Profesionales de Ciencias Económicas. Provincia de Mendoza.

2007- Muestra con obra seleccionada, Salón de Pintura "Maipú y el Vino" Subsecretaría de Cultura, Mendoza.

2008- 2ª Mención en el 8º Salón Provincial de Pintura "Maipú y el Vino" Subsecretaría de cultura, Mendoza.

2009- Muestra con obra seleccionada "Luján es Otoño" XIII Salón de Pintura Museo Provincial de Bellas Artes Emiliano Guiñazú - Casa de Fader. Subsecretaría de Cultura. Mendoza.

2009- Muestra con obra seleccionada, en Salón de Pintura del "Consejo de Profesionales de Ciencias Económicas" de Mendoza.

2010- Muestra con obra seleccionada en "Luján es Otoño" XIV Salón de Pintura Subsecretaría de Cultura. Museo Provincial de Bellas Artes Emiliano Guiñazú - Casa de Fader. Mendoza.

2010- Muestra en el "III Festival de Pintura Internacional" Ciudad de Laboyos, Colombia.

2010- Muestra con dos obras seleccionadas, en "Maipú y el Vino" Salón de Pintura Museo Emiliano Guiñazú - Casa de Fader. Subsecretaría de Cultura, Mendoza.

2010- Muestra en la "Asociación de Artistas Plásticos" la Sala Libertad. Mendoza.

2010- Muestra en calidad de artista invitada en "Artistas del Museo Fader", Secretaría de Cultura, Mendoza.

2010- Autora de MURALES comerciales y privados. Provincia de Mendoza.

2011- Muestra con obra seleccionada en "Luján es Otoño" XV Salón de Pintura Museo Provincial de Bellas Artes Emiliano Guiñazú - Casa de Fader. Subsecretaría de Cultura, Mendoza.

2011- Muestra en el programa "Evita, los artistas y los niños" Escuela Hogar Eva Perón". Secretaria de Cultura. Gobierno de Mendoza.

2012- Muestra de "Óleos, Acuarelas y Relieves", C.O.I.R. (Centro Oncológico de Integración Regional). Provincia de Mendoza.

## Área Diagnóstico por Imágenes

# Comunicación bucosinusal. Diagnóstico con tomografía cone beam CBCT.

**Oral sinus communication. Diagnosis with cone beam CBCT tomography.**

### AUTORAS

#### OD. ADRIANA MARRA

Profesora Adjunta de Diagnóstico por Imágenes Facultad de Odontología UNCuyo.  
Especialista en Radiología Odontológica.  
Especialista en Docencia Universitaria.

E-mail: [adrianamarra@gmail.com](mailto:adrianamarra@gmail.com)

#### Dra. ADRIANA POLETTO

Doctora en Odontología UNC.  
Profesora Titular de Diagnóstico por Imágenes Facultad de Odontología UNCuyo.  
Especialista en Diagnóstico por Imágenes Bucomaxilofacial Academia Nacional de Odontología.  
Directora del Servicio de Radiología de la Facultad de Odontología UNCuyo  
E-mail: [drapoletto@gmail.com](mailto:drapoletto@gmail.com)

### RESUMEN

Existe una estrecha relación entre los ápices de los molares superiores y el seno maxilar. Cualquier maniobra quirúrgica o lesión en estas piezas dentales pueden provocar una comunicación entre el seno maxilar y la cavidad bucal.

Si bien el diagnóstico de la comunicación bucosinusal es fundamentalmente clínico, en muchas ocasiones los signos clínicos no son evidentes ni concluyentes. El estudio con Tomografía Cone Beam CBCT en tres dimensiones otorga una visualización en tres planos del espacio de las estructuras óseas y dentoalveolares permitiendo realizar un diagnóstico preciso de la magnitud y correcta localización de las comunicaciones bucosinusales, facilitando la planificación quirúrgica al profesional y evitando complicaciones al paciente.

Palabras clave: CBCT, Comunicación bucosinusal.

### ABSTRACT

*There is a close relationship between the upper molars apices and the maxillary sinus. Any surgical operation or injury in these teeth can cause a communication between the maxillary sinus and the oral cavity.*

*While the oral sinus communication diagnosis is mainly a clinical one, sometimes, the clinical signs are neither clear nor conclusive. The study with a three-dimension Cone Beam CBCT tomography provides a three-plane display, which shows the space of the osseous and dentoalveolar structures. This offers a precise diagnosis of the oral sinus communications magnitude and their correct location, making the surgical planning easy for the professional and avoiding complications for the patient.*

*Key words: CBCT, Oral sinus communication.*

### INTRODUCCIÓN

El seno maxilar suele ser el mayor de los senos paranasales y se aloja principalmente en el cuerpo del maxilar superior. Tiene la función de dar resonancia a la voz, actuar como cámara para calentar, humedecer el aire que se inspira, aligerar el peso del cráneo y proteger las estruc-

turas intracraneales de los traumatismos. El conocimiento exacto de la anatomía topográfica del seno maxilar es de gran importancia para el odontólogo general, pues le permite reconocer la diversidad de lesiones sinusales de origen bucal y prevenir cualquier tipo de maniobra intempestiva (1).

El seno maxilar es una cavidad neumática, cuyo crecimiento esta regido por diferentes factores. En sentido vertical está condicionado a la erupción dentaria, en sentido anteroposterior, depende del desarrollo de la tuberosidad del maxilar superior.

Por ello, la evolución del seno tiene rela-



**Comunicación bucosinusal. Diagnóstico con tomografía cone beam CBCT**

Od. Adriana Marra; Dra. Adriana Poletto

ción con la cronología de la erupción dentaria y puede compararse con una pirámide cuadrangular. La base corresponde a la pared externa de la fosa nasal y el vértice se extiende al hueso malar; la pared anterior coincide con la fosa canina y la posterior está formada por la tuberosidad del maxilar, constituyendo la porción superior parte del piso de la órbita. La pared inferior está en íntima relación con los ápices de los molares y premolares y recibe el nombre de pared alveolar (2).

Existe una estrecha relación entre el piso del seno maxilar, el suelo de las fosas nasales y los ápices de los dientes superiores, ya que están tapizados con una mucosa delgada que se halla adherida al periostio (membrana sinusal). El espesor de las paredes del seno maxilar no es constante; las paredes pueden variar en espesor de 2 a 5mm (el techo) y de 2 a 3mm (el piso) (1). El piso del seno maxilar, también llamado borde inferior del seno maxilar, sigue una línea curva de concavidad superior que puede extenderse desde el alvéolo del canino y a veces desde el incisivo lateral hasta el 3<sup>a</sup> molar superior. El canino puede tener contacto íntimo pero en general es un diente alejado del piso sinusal. El diente que más se relaciona con el seno maxilar es el 2<sup>a</sup> molar, siguiendo en importancia el 1<sup>a</sup> molar, el 3<sup>a</sup> molar, el 2<sup>a</sup> premolar y por último el 1<sup>a</sup> premolar (3). De manera que la cercanía de las raíces de los dientes del maxilar superior con el antro maxilar, llamado también seno maxilar por otros autores (4), causa gran preocupación no sólo porque las raíces se encuentran proyectadas hacia el seno maxilar sino también por que cuando ellas son extraídas, un pequeño fragmento fácilmente puede ser expulsado al piso del mismo y provocar en algunos casos la comunicación bucosinusal (5).

Las estrechas relaciones entre el suelo del seno maxilar y las fosas nasales con los ápices de los dientes del maxilar superior

explican por qué estas cavidades pueden verse afectadas a menudo por procesos infecciosos odontogénicos(6). De hecho, la comunicación bucosinusal es una condición patológica que establece una comunicación entre la cavidad bucal y el seno maxilar, como consecuencia de la pérdida de tejidos blandos (mucosa bucal y astral) y duros (diente y hueso maxilar).

La génesis de esa modalidad de comunicación es variada y puede ser iatrogénica, traumática o asociada a otras entidades clínicas; sin embargo, la existencia de una infección concomitante, especialmente en un seno maxilar infectado, variará las manifestaciones clínicas y el tratamiento en cada caso, pero se afirma que la mayoría de las técnicas quirúrgicas suelen fracasar por no haberse eliminado previamente el proceso séptico (7,8).

El porcentaje de riesgo de la comunicación bucosinusal aumenta con la edad y puede ser pequeña (2mm o más) moderada (2 a 6 mm) o grande (7mm o más) y es más común que se presente cuando los dientes sobresalen dentro del seno maxilar (9).

Helfrick y col. 1993 (10) consideran que la comunicación bucosinusal crónica se presenta mayormente después de la remoción de un diente superior retenido y por razones protéticas en un maxilar edéntulo. Ausgar y col. 1983 (10) estudiaron en Dinamarca 85 casos de comunicación bucosinusal postquirúrgica y sus complicaciones, y encontraron que las fístulas bucoantrales se producen mayormente en pacientes con sinusitis previa. Según Shira 1981(10) las fístulas que aparecen luego de comunicaciones bucosinusales se deben probablemente a sinusitis preexistentes y no a la comunicación con el seno (10,11).

Clásicamente, los mecanismos para realizar el diagnóstico de una comunicación bucosinusal han sido fundamentalmente clínicos. El paciente refiere que al enjuagarse la boca, el agua le sale por la nariz,

lo que señala que la comunicación es significativa, así como la presencia de secreción muco purulenta y dolor de cabeza. En algunos casos los signos clínicos son muy reducidos y para poner en evidencia la comunicación podemos realizar:

Maniobra de Valsalva (ver burbujeo en el alvéolo). Signo del soplo (escuchar la salida de aire). Cateterismo con un estilete blando que se hunde unos 4 a 6cm.

Reflujo de un líquido coloreado por la nariz.

Se realizan además estudios radiográficos, radiografía periapical, donde se observa la solución de continuidad en el piso del seno.

Sin embargo en muchos casos el diagnóstico certero de comunicaciones entre el seno maxilar y la cavidad bucal plantea dificultades, especialmente en la visualización exacta de la ubicación y la magnitud de la misma. En este sentido el uso de estudios 3D aporta ventajas cualitativas en estos diagnósticos.

Si recordamos, las radiografías convencionales representan objetos de 3D con imágenes de 2D con una significativa superposición de estructuras y magnificación impredecible. La tomografía cone beam CBCT permite una visualización real en 3D de las estructuras óseas y dentoalveolares, permitiendo realizar diagnósticos precisos y con la ventaja adicional de liberar una menor radiación que la CT convencional (12).

**PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

Se examina por derivación una paciente de sexo femenino de 19 años para un estudio de tomografía volumétrica (Cone Beam), por complicaciones postquirúrgicas de elemento 26.

Antecedentes: hace unos años se le realizó tratamiento endodóntico en elemento 26. Al tiempo desarrolla un quiste radicular diagnosticado radiográficamente. Se deriva para estudio 3D con tomografía



Comunicación bucosinusal. Diagnóstico con tomografía cone beam CBCT  
 Od. Adriana Marra; Dra. Adriana Poletto

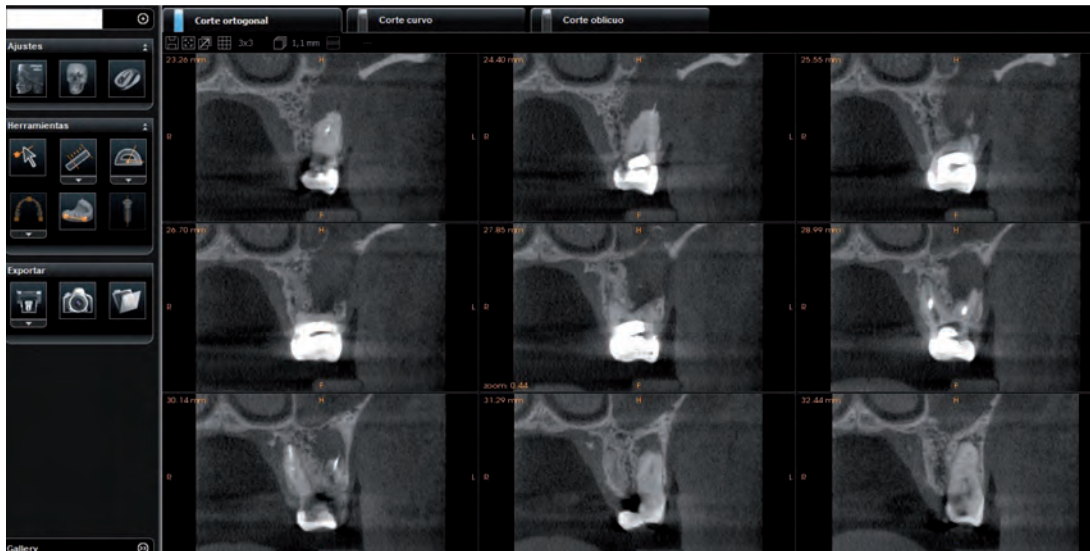


Figura 1.

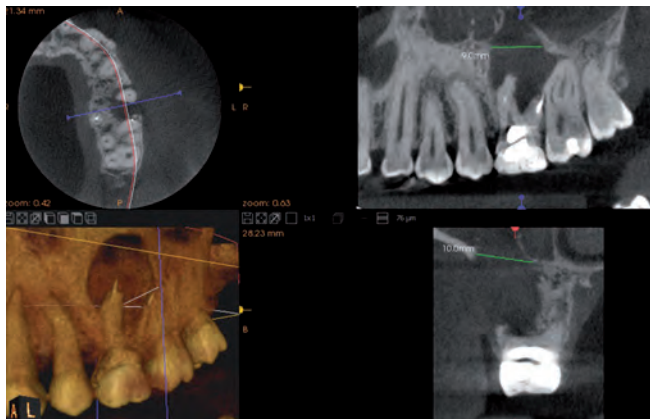


Figura 2.



Figura 3.

cone beam CBCT, clínicamente, en el momento del estudio por imágenes la paciente presenta tumefacción del lado izquierdo facial y dolor.

El estudio Cone beam revela la presencia de una comunicación buco-sinusal causada por la expansión del proceso periapical del elemento 26. Se observa con claridad en los cortes transversales (plantilla de 9 cortes) del elemento 26 además del velamiento por ocupación del seno maxilar izquierdo (figura 1).

Se observa en corte sagital la extensión

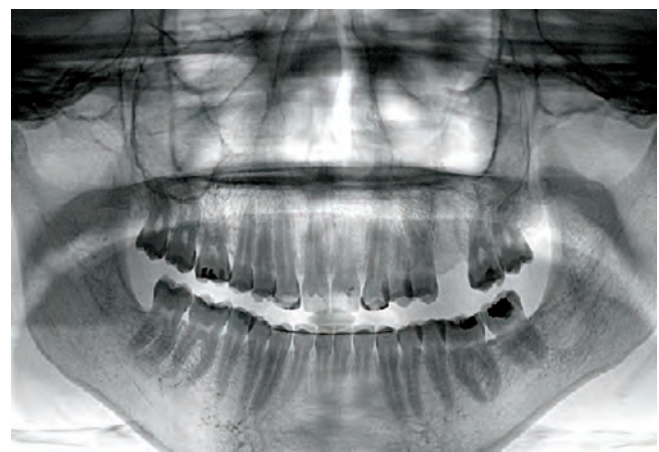


Figura 4.



**Comunicación bucosinusal. Diagnóstico con tomografía cone beam CBCT**

Od. Adriana Marra; Dra. Adriana Poletto

de la lesión apical y la proximidad y pérdida de la integridad del piso sinusal. Se puede observar además, la medición en milímetros de la perforación del piso de seno maxilar, posibilidad que permite este tipo de estudio por imágenes. En imagen de volumen rendering se observa la dimensión y localización de la lesión apical (figura 2).

Luego de realizado el diagnóstico radiográfico se realiza tratamiento quirúrgico de exodoncia y de cierre de la comunicación buco sinusal. La paciente es remitida nuevamente a estudios por imágenes, se realiza estudio panorámico de control, en donde se observa el área postquirúrgica, ligera formación ósea en zona de piso sinusal además de un aspecto radiolúci-

do, signo radiográfico propio de la condición natural de las cavidades neumáticas craneales (cavidades con aire) denominado radiográficamente como "seno limpio" (figuras 3 y 4). La figura 4 presenta técnica de inversión de imagen digital, recurso que permite mejorar la visualización de detalles para la optimización diagnóstica.

**CONCLUSIÓN**

La presencia de una comunicación bucosinusal ha sido diagnosticada tradicionalmente por maniobras clínicas tales como la maniobra de Valsalva, reflujo nasal o burbujeo al obturar las fosas nasales. Sin embargo, estos mecanismos no permiten

evaluar la extensión y la localización que estas lesiones pueden tener. En el caso presentado mediante un estudio tomográfico tridimensional con tecnología cone beam se ha podido diagnosticar en profundidad y con detalle las características de esta lesión, observando la extensión y la complicación sinusal que acompaña la perforación del piso del seno maxilar.

Este tipo de estudio presenta ventajas fundamentales para el diagnóstico de lesiones antrales como la presentada en este caso clínico. Estas ventajas no sólo radican en la excelente visualización de la patología sino en la baja dosis de exposición que utiliza esta tecnología para realizar este tipo de estudio.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1- **ZAMUDIO, MARÍA E. - CARDOSO, AUGUSTO - GASTALDO, SUSANA G.** Tercer Molar Superior Incluido en Seno Maxilar Izquierdo. Servicio de Odontología Hospital José R. Vidal. [www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005](http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005).
- 2- **NECOCHEA 1050, CP 3400 CORRIENTES CAPITAL, ARGENTINA.** M-059 [www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-059](http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-059).
- 3- **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE.** Comunicaciones Científicas y Tecnológicas (2005). Incluido en Seno Maxilar Izquierdo. Tercer Molar Superior. [www.odon.uba.ar/museo/revista/museo2007](http://www.odon.uba.ar/museo/revista/museo2007).
- 4- **SHIRA, RB.** Emergencies in Dental Practice-Prevention and Treatment, 2ª Ed. Philadelphia, PA, Saunders, 1972. p.
- 5- **LASKIN, DANIEL M.** Oro antral fistula J Oral and Maxillofac Surg; (2007). 48: 511-17.
- 6- **MEECHAN JG.** Oroantral fistula occurring after a simple dental extraction. Int. Oral.Surg.(2008). 13:535.
- 7- **MARTA DEL REY SANTAMARÍA.** Incidencia de comunicación bucosinusal tras la extracción de 389 terceros molares superiores. Med. oral patol. Oral Cir. bucal (2008). 61:341-47.
- 8- **GUVEN O.** A clinical study on oroantral fistulae. J Cranio Maxillofac Surg (2008). 26: 267-71.
- 9- **STOELINGA PJ.** Oroantral perforations] Ned Tijdschr Tandheelkd. (2006). 111(4):141-5.
- 10- **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE.** Comunicaciones Científicas y Tecnológicas (2005). Incluido en Seno Maxilar Izquierdo. Tercer Molar Superior. [www.odon.uba.ar/museo/revista/museo2007](http://www.odon.uba.ar/museo/revista/museo2007).
- 11- **KOKUBYO GAKKAI ZASSHI.** A clinical investigation of oro-maxillary sinus- perforation due to tooth extraction] J.Oral.maxillofac.Surg.. (2007). 68(3):249-
- 12- **LENGUAS, A.L., ORTEGA, R., SAMARA, G., LÓPEZ, M.A.** Tomografía computerizada de haz cónico. Aplicaciones clínicas en odontología; comparación con otras técnicas. Cient D ent (2010).7;2:147-159.

## Área Endodoncia

# Prevalencia de calcificaciones pul- pares en primeros molares en fun- ción del género, edad y ubicación.

***Prevalance of pulpal calcifications in primary molars in relation to sex, age and location.***

AUTORA

**PROF. MGTER. GRACIELA PEÑA**

Profesora Adjunta. Cátedra de Endodoncia. FO. UNCuyo. Coordinadora Académica Carrera de Especialización en Endodoncia. FO. UNCuyo. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Endodoncia. Magíster en Investigación Clínica

E-mail: [lanu18@hotmail.com](mailto:lanu18@hotmail.com)

Dirección: Emilio Jofre 32 - Piso 1 - Dpto 4. Ciudad. Mendoza. Argentina. CP (5500)

COAUTOR

**PROF. ESP. JULIO CARAM**

Profesor Titular. Cátedra de Endodoncia. FO. UNCuyo. Director Carrera de Especialización en Endodoncia. FO. UNCuyo. Especialista en Endodoncia.

### RESUMEN

Dentro de la pulpa dental se encuentran diversas formas de calcificaciones, con una frecuencia tal que se puede dudar acerca de si su presencia representa un estado patológico o solamente aspecto de las variaciones biológicas normales. Metodología: Un total de 272 pacientes de ambos sexos y edades conocidas fueron seleccionados teniendo como criterio de inclusión primeros molares sanos. Luego de la inspección clínica se tomaron radiografías bitewing, las cuales fueron analizadas con el software Image Pro Plus 4.5 para identificar calcificaciones pulpares. Los datos fueron analizados mediante Test Student y ANOVA. Resultados: de los 272 pacientes, 119 fueron mujeres y 153 hombres. Un 61,22% de las mujeres y un 52,99% de los hombres presentaron calcificaciones pulpares. Se encontró una asociación significativa entre prevalencia de calcificaciones pulpares y sexo al aumentar la edad, al considerar densidad óptica ( $p < 0.001$ ) y coeficiente de calcificación ( $p < 0.005$ ). Los primeros molares superiores mostraron una mayor presencia de calcificaciones (60,42%) con respecto a los molares inferiores (52,75%), con diferencias estadísticamente significativas, analizando densidad óptica ( $p = 0.001$ ), diferencias de intensidad cámara pulpar – entorno y coeficiente de calcificación ( $p < 0.001$ ). Conclusiones: La prevalencia de calcificaciones fue mayor al aumentar la edad y significativamente mayor en mujeres y en molares superiores: estos datos aportan información útil para el diagnóstico y la práctica clínica.

Palabras clave:

calcificaciones pulpares, primeros molares, género, edad, ubicación.

### ABSTRACT

*Inside the dental pulp there are various types of calcifications. Its frequency is such that it is doubtful whether their presence represents a pathological condition or just an aspect of normal biological variations. Methodology: A total of 272 patients of both sexes and ages were selected having as criteria the inclusion of healthy primary molars. After the clinical inspection, bitewing radiographic images were taken, which were analyzed with the Image Pro Plus 4.5 software in order to identify pulpal calcifications. The data were analyzed using Test Student and ANOVA. Results: Out of the 272 patients, 119 were women and 153 were men. 61.22 % of women and 52.99% of men had pulpal calcifications. Considering optical density ( $p < 0.001$ ) and the coefficient of calcification ( $p < 0.005$ ), we found a significant relation between prevalence of pulpal calcifications and sex when the age is increased. The first upper molars showed a higher presence of calcifications 60.42 % compared to lower molars 52.75%, with statistically significant differences, analyzing optical density ( $p = 0.001$ ), pulp chamber intensity differences - environment and calcification coefficient ( $p < 0.001$ ). Conclusions: The prevalence of calcifications was higher in the case of increased age and significantly higher in women and in upper molars: These data provide useful information for the diagnosis and the clinical practice.*

Key Words:

*first molars pulp calcifications, sex, age, location.*

## Prevalencia de calcificaciones pulpaes en primeros molares en función del género, edad y ubicación

Prof. Mgter. Graciela Peña; Prof. Esp. Julio Caram

### INTRODUCCIÓN

Se ha tratado de definir la etiología de los nódulos pulpaes sin que hasta el momento se tenga una causa conocida. 1,2

Las piezas dentarias más afectadas fueron los primeros molares ya que es la primera pieza permanente que aparece en boca. El primer molar, por ser demasiado grande, presenta un tejido pulpar muy extenso, por lo que requiere de un suministro mayor de sangre. Esto puede crear mayores condiciones para que se presenten las calcificaciones pulpaes, lo que explicaría la presencia de nódulos pulpaes en dientes aparentemente sanos. 3, 4, 5

Las calcificaciones de la pulpa aparecen en las radiografías como estructuras radiopacas dentro de la cámara pulpar; que tienden a conformarse en su contorno al diseño de la cámara pulpar. 6

En la mayoría de las pulpas, la calcificación distrófica se encuentra en un grado variable, e incluso estas calcificaciones pueden ocurrir en dientes sin caries o con restauraciones, sin relación con enfermedad. Un estudio de elementos dentarios obtenidos de personas que van desde 15 a 75 años encontró no sólo una disminución en el tamaño de la cámara pulpar debido al depósito de dentina secundaria que aumenta con la edad, sino también un depósito progresivo de masas calcificadas que se originaron en la pulpa radicular .

Esto confirma un trabajo anterior de que las calcificaciones son registradas en el 90% de los dientes de personas de más de 40 años. 7

En radiografías bitewing y periapicales, se observaron 1380 premolares y molares (679 en mujeres y 701 en

hombres). Sus resultados mostraron que en el 20,7% de los dientes había nódulos. Se encontró una prevalencia mucho mayor de nódulos en molares en comparación con premolares, 45,2% y 6,1%, respectivamente. En las mujeres, los nódulos se encuentran en el 24,7% de los dientes en comparación con 16,9% en los hombres. Esta fue una diferencia significativa ( $p < 0,0001$ ) 11 y confirma los resultados encontrados en otros estudios. 3

Se han observado cálculos pulpaes en pacientes con enfermedades sistémicas, genéticas y en ciertos síndromes. Un estudio piloto entre las correlaciones de cálculos pulpaes con enfermedad cardiovascular demostró que los pacientes con enfermedades cardiovasculares tienen una mayor incidencia de cálculos pulpaes.9

Exámenes radiográficos no son susceptibles de detectar cálculos pulpaes con un tamaño inferior a 200µm de diámetro, pero las radiografías son el único medio de evaluar las calcificaciones de forma no invasiva en estudios clínicos.10

La evaluación de la presencia de calcificaciones, basada en la técnica paralela de aleta de mordida (bitewing), tal como se definen por el criterio de una masa radiopaca definitiva visible dentro de la cámara pulpar, registra una mayor estandarización de la imagen, ya que en las radiografías periapicales, puede ocurrir distorsión.11

En las últimas décadas la digitalización de imágenes ha tenido importancia en la detección de variaciones en el contenido mineral de los tejidos, con repercusiones en las diversas áreas de la investigación odontológica. Los diversos sistemas digitales

existentes incrementan los recursos para la interpretación de imágenes radiográficas, cuando algunas tareas son realizadas por la computadora, minimizando las chances de error humano.12

Los libros de texto discuten la relevancia clínica de los cálculos pulpaes en términos de su efecto sobre el tratamiento del conducto radicular. Sin embargo, los nódulos pulpaes presentan una pequeña dificultad clínica durante el tratamiento de conducto radicular cuando el tratamiento se realiza con magnificación, buen acceso y el empleo de instrumentos adecuados.13

El objetivo de este estudio fue definir la prevalencia de calcificaciones pulpaes mediante radiografías bitewing en un grupo de pacientes de Mendoza, Argentina, y evaluar las eventuales asociaciones con edad, sexo y ubicación.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo. Un total de 272 pacientes de ambos sexos y edades conocidas, que concurrieron a la Facultad de Odontología de Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina, fueron seleccionados para este estudio.

Luego de la inspección clínica se obtuvieron radiografías bitewing para identificar calcificaciones pulpaes.

Los pacientes o tutores que estuvieron de acuerdo en participar de este estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado para permitir acceder a sus radiografías y datos de su historia clínica como edad y sexo. El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la

## Prevalencia de calcificaciones pulpares en primeros molares en función del género, edad y ubicación

Prof. Mgter. Graciela Peña; Prof. Esp. Julio Caram

Facultad de Ciencias médicas de la UNCuyo.

Se incluyeron primeros molares superiores e inferiores totalmente sanos de individuos de sexo femenino y masculino de distintas edades. Fueron excluidos: elementos dentarios que presentaran facetas de desgaste, restauraciones o caries; pacientes portadores de ortodoncia con bandas en los primeros molares; mujeres embarazadas y pacientes que se encontraran bajo tratamiento de radioterapia y radiografías con fallas de exposición o angulaciones que provocaran dificultades en su examinación.

Las muestras obtenidas fueron las siguientes: *Grupo A*: Jóvenes entre 18 y 25 años, 41 de sexo femenino, 51 de sexo masculino, de los cuales 47 fueron primeros molares superiores y 45 primeros molares inferiores. *Grupo B*: Adultos de 30 a 40 años, 46 de sexo femenino, 58 de sexo masculino, de los cuales 51 fueron primeros molares superiores y 53 primeros molares inferiores. *Grupo C*: Adultos Mayores entre 50 y 60 años, 32 sexo de femenino, 44 de sexo masculino, de los cuales 38 fueron primeros molares superiores y 38 primeros molares inferiores. Fueron utilizadas películas EktaSpeed E (Eastman Kodak Company, Rochester, NY, EEUU) junto con posicionadores paralelos de películas (Rinn Corporation, Elgin, IL, EEUU). El tiempo de exposición fue de 0,5 seg. Con el sistema de rayos X, DSJ, 70 KV y 8 MA 220/110V (Industria Argentina. Normas ISO 9001). Las películas fueron procesadas según especificaciones propuestas 14. Para el revelado se utilizó una solución que se adquiere en el comercio (Kodak GBX. Carestream Health INC. EEUU. Ref. 8969735). Posteriormente se procedió al fijado de la misma en solución

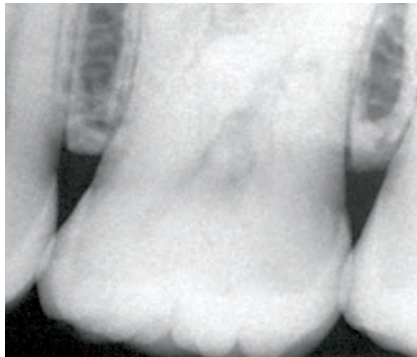


Fig. 1.A

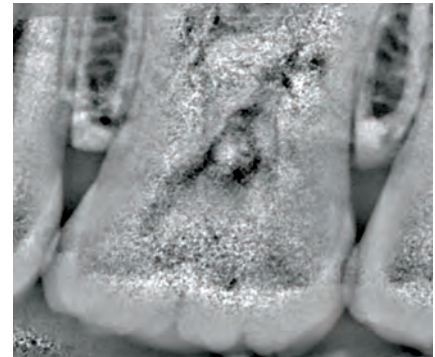


Fig. 1.B

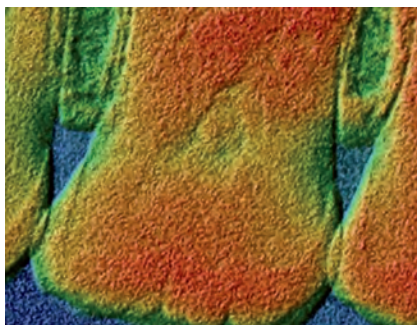


Fig. 1.C

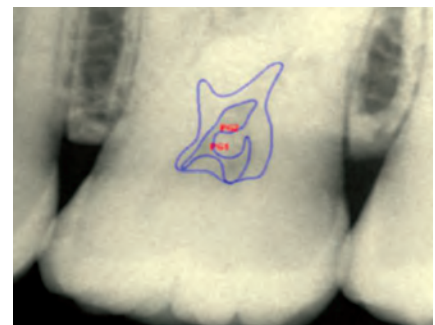


Fig. 1.D

Fig. 1- Secuencia de imágenes con diferentes filtros correspondientes a un mismo caso.

(Kodak GBX. Carestream Health INC. EEUU. Ref. 1725662). Cada radiografía fue codificada con un número a partir del cual se podía identificar el elemento dentario, edad y sexo del paciente, datos que estaban volcados en una tabla con el mismo número asignado a la radiografía.

Por medio de un escáner para radiografías HP ScanJet 3670, 48-bit, con adaptador incorporado para negativos, se obtuvieron las imágenes que luego fueron analizadas en una computadora y por un único operador, que utilizó para el análisis el software Image Pro Plus 4.5.

A partir de imágenes radiográficas escaneadas a 600 dpi (Fig.1 A), se procede a incrementar o acentuar las diferencias de intensidad lumínica o

densidad óptica mediante la aplicación de un filtro matemático de ecualización local (Fig. 1 B), seguidamente se genera un pseudocolor (Fig. 1 C), en donde se asigna a cada rango de grises una gama de color equivalente. Finalmente, se delimitan las áreas correspondientes a la cámara original y a las áreas donde se observan calcificaciones parciales y/o nódulos según corresponda (Fig. 1 D) A partir de estos dos valores de área: área total de cámara y un área de calcificaciones y/o nódulos, se obtiene el porcentaje de calcificación. Para el contraste estadístico se utilizó Test ANOVA (variable edad) y Test de Student (Test T para muestras independientes para variables sexo y ubicación).

**Prevalencia de calcificaciones pulpares en primeros molares en función del género, edad y ubicación**

Prof. Mgter. Graciela Peña; Coautor: Prof. Esp. Julio Caram

**RESULTADOS y DISCUSIÓN**

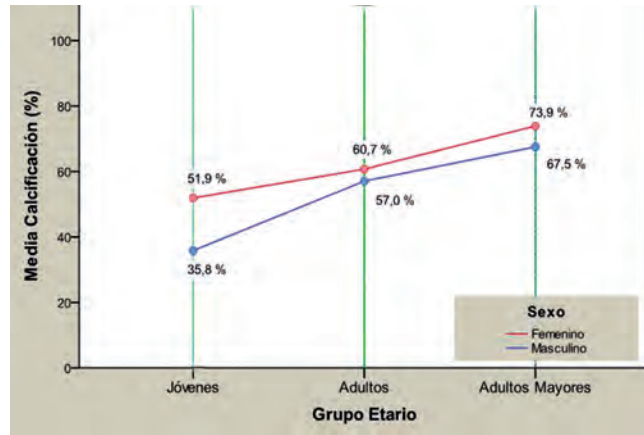
De acuerdo al análisis realizado en este estudio sobre 272 sujetos, se obtuvieron valores medios de áreas de las cámaras pulpares de 9,75 mm<sup>2</sup> en primeros molares superiores y 9,85 mm<sup>2</sup> en primeros molares inferiores. Los resultados se presentan en base a cálculos de calcificación porcentual, diferencia de intensidad entre cámara pulpar - entorno y coeficiente de calcificación (Calcificación porcentual / Diferencia de Intensidad Cámara.-Entorno).

En todos los grupos etarios los porcentajes medios de áreas calcificadas fueron superiores en mujeres (Fig 2). De acuerdo al resultado del test de Student (Test T para muestras independientes), se puede asumir con un alto grado de seguridad que el sexo es un factor relevante respecto al porcentaje de calcificaciones. Las mujeres presentaron un porcentaje de calcificaciones mayor que los hombres con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

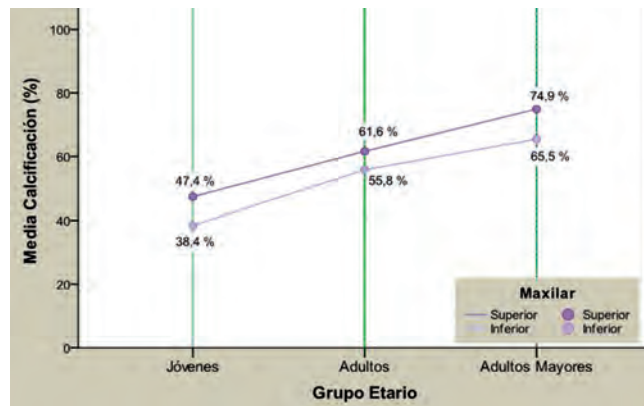
En todos los grupos se puede observar un mayor porcentaje de calcificaciones en los primeros molares superiores, resultando ser el grupo de adultos mayores (50 a 60 años) el de mayor prevalencia de calcificaciones pulpares (Fig. 3).

Según el resultado obtenido al aplicar el test paramétrico de Student (Test T para muestras independientes), quedó demostrado que las diferencias entre los primeros molares superiores e inferiores son significativas, encontrándose el mayor porcentaje de calcificaciones en los primeros molares superiores ( $p = 0.001$ ).

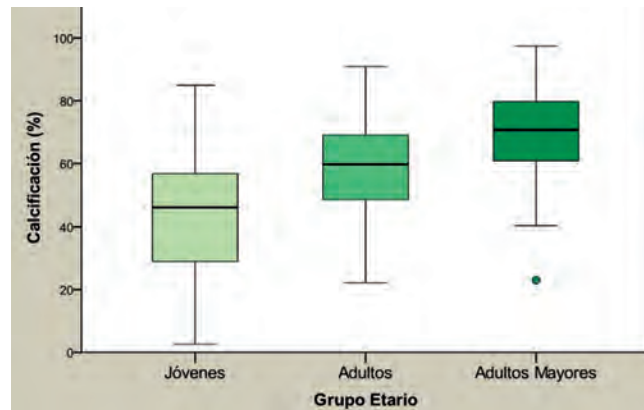
En el siguiente diagrama de cajas se observa que los valores obtenidos de acuerdo a la edad fueron de: Jóvenes 43%, Adultos 58,66% y Adultos mayores 70,21% ( $p < 0.001$ ) (Fig. 4).



**Fig. 2**  
Diagrama de medias. Porcentajes de calcificaciones según grupo etario y sexo.



**Fig. 3**  
Diagrama de medias. Porcentajes de calcificaciones según grupo etario y maxilar.



**Fig. 4**  
Diagrama de cajas. Porcentajes de calcificaciones según grupo etario.

**Prevalencia de calcificaciones pulpares en primeros molares en función del género, edad y ubicación**

Prof. Mgter. Graciela Peña; Coautor: Prof. Esp. Julio Caram

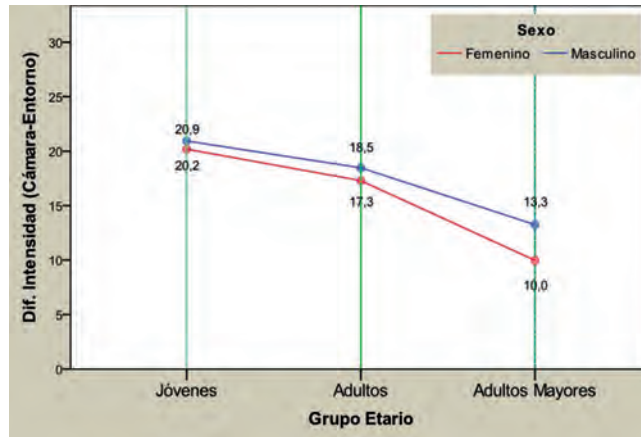
Las diferencias de las medias observadas entre sexos son mayores en el grupo de jóvenes, pero disminuyeron progresivamente con la edad, las diferencias de intensidad entre cámara y entorno resultaron menores en las mujeres, esto implica una mayor calcificación o mineralización con el aumento de la edad, y en mujeres respecto de los varones. (Fig. 5)

Al considerar la ubicación de molar según sea superior o inferior, observamos que las diferencias de intensidad entre cámara y entorno son menores en superiores para todos los grupos etarios, y además estas diferencias disminuyen con la edad (Fig. 6).

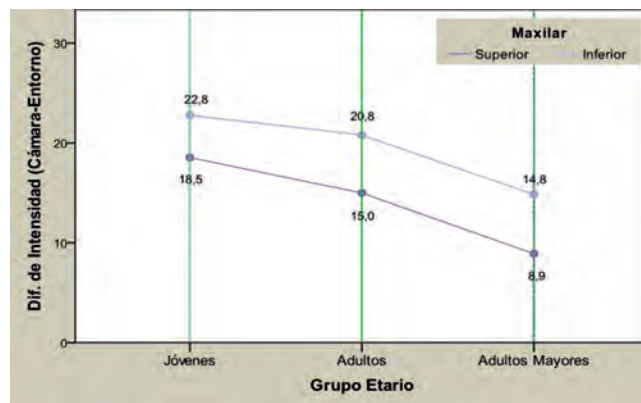
Según el resultado obtenido al aplicar el test paramétrico de Student (Test T para muestras independientes), se asume que la variable ubicación es determinante respecto a los valores de intensidad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

En el siguiente diagrama de cajas se pueden observar los valores obtenidos de diferencias de intensidad cámara pulpar – entorno en los distintos grupos etarios. Jóvenes 20,61 - Adultos 17,95 y adultos mayores 11,88. En este último grupo la diferencia es menor, lo que sugiere un mayor porcentaje de calcificaciones. Analizando los factores individualmente en lo referente a diferencias de intensidad lumínica cámara – entorno, edad y maxilar (ubicación), son variables que inciden significativamente en el grado de calcificación ( $p < 0.001$ ), en tanto que el sexo no fue determinante en los grupos etarios ( $p > 0.05$ ) (Fig. 7).

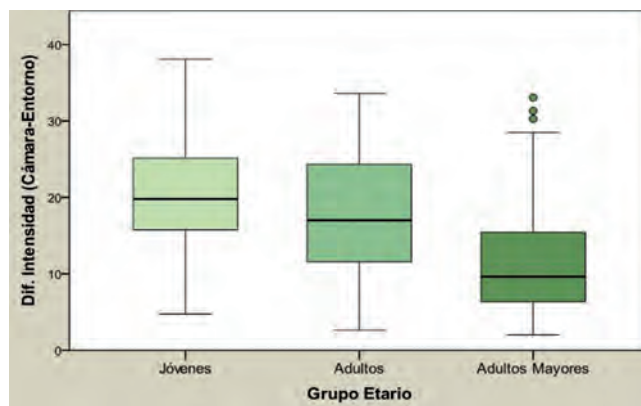
Las diferencias de las medias de CC entre sexos aumentaron a medida que se incrementó la edad. El grado de calcificación fue mucho más noto-



**Fig. 5**  
Diagrama de medias. Diferencias de intensidad entre cámara y entorno según grupo etario y sexo.



**Fig. 6**  
Diagrama de medias. Diferencias de intensidad entre cámara y entorno según grupo y maxilar.



**Fig 7**  
Diagrama de cajas. Diferencia de Intensidad cámara - entorno, según grupo etario.



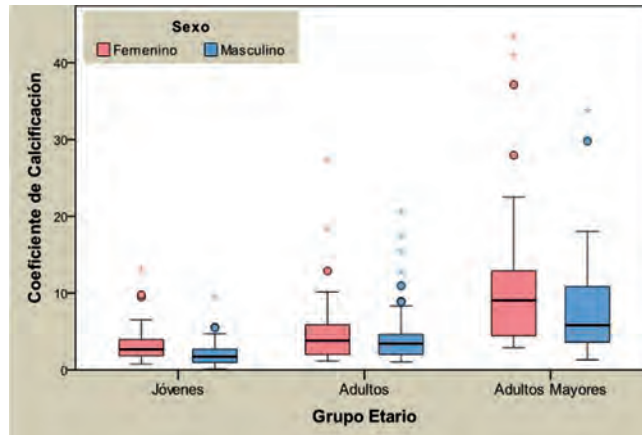
**Prevalencia de calcificaciones pulpares en primeros molares en función del género, edad y ubicación**

Prof. Mgter. Graciela Peña; Coautor: Prof. Esp. Julio Caram

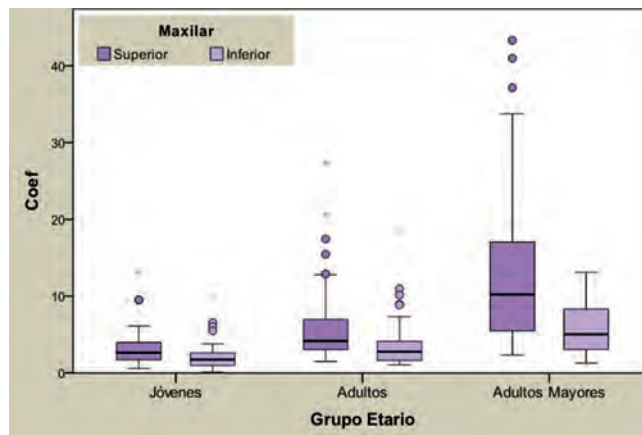
rio en el grupo adultos mayores (Fig. 8).

Al considerar la ubicación de molar según sea superior o inferior, se hizo evidente la diferencia entre los primeros molares de distintos maxilares, obteniéndose mayores valores en el superior en todos los grupos etarios (Fig. 9).

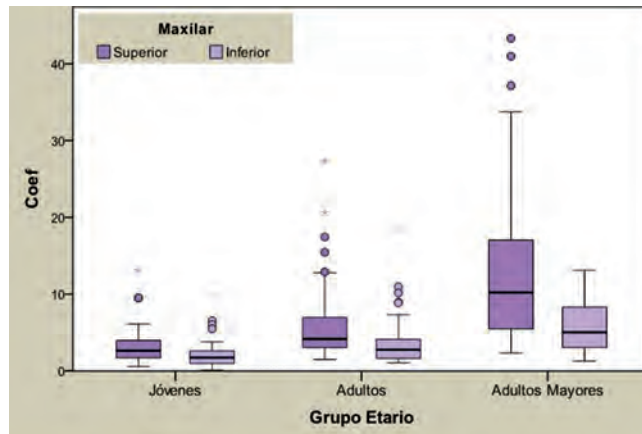
Se observa el coeficiente de calcificación (CC), según grupo etario. El valor 9,72 obtenido en el grupo de adultos mayores, fue superior en comparación con el obtenido en el grupo de jóvenes y adultos 2,66 y 4,73 respectivamente, lo que significa que existen mayor cantidad de calcificaciones en el grupo etario comprendido entre 50 a 60 años de edad (Fig. 10).



**Fig 8**  
Diagrama de cajas. Coeficiente de Calcificación (CC) según sexo y grupo etario.



**Fig 9**  
Diagrama de cajas. Coeficiente de Calcificación (CC) según maxilar y grupo etario.



**Fig 10**  
Diagrama de cajas. Coeficiente de Calcificación (CC) según grupo etario.

**Prevalencia de calcificaciones pulpares en primeros molares en función del género, edad y ubicación**  
 Prof. Mgter. Graciela Peña; Coautor: Prof. Esp. Julio Caram

## CONCLUSIÓN

El resultado de este estudio reveló que existen diferentes grados de calcificación entre sexos y entre maxilares, los cuales se ven notablemente incrementados con la edad.

Las calcificaciones pulpares se presentaron más en mujeres que en hombres con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

Los órganos dentales más afectados

fueron los primeros molares superiores.

En el análisis individual de las variables independientes (edad, maxilar y sexo), se observó que todas revisten una importancia significativa ( $p < 0.001$ ), pero al indagar si estas variables se potencian o si existe algún tipo de interacción entre ellas, sólo sexo y edad y ubicación y edad, son

factores que interactúan, se potencian.

Su principal relevancia clínica se mantiene en el área de la endodoncia, ya que su presencia puede interferir en el tratamiento endodóntico. Mientras que una mayor investigación puede arrojar más datos acerca de su prevalencia en relación a otros factores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **JOHNSON PL, BEVELANDER G.** Histogenesis and histochemistry of pulpal calcification. *Journal of Dental Research* (1956). 35: 714-22.
2. **LASALA A.** Endodoncia. 3ra edición, (1979). Ed Salvat, México, 75-76.
3. **PITT FORD TR, MITCHELL PJC.** Problems in endodontic treatment. (2004). 5th edn. Edinburg: Wright, P. 241.
4. **KUTTLER Y.** Endodoncia práctica. (1961). Ed. ALPHA, México, 1:40. 6. Cohen S, Burns RC. Los caminos de la pulpa. (1975). 3ra. Edición, Ed. Interamericana, México, 447-448.
5. **STAFNE.** Diagnóstico radiológico en odontología. (1992). 5ta edición, Ed. Panamericana, México, 81-83.
6. **BERNICK S, NEDELMAN C.** Effect of aging on the human pulp. *Journal of Endodontics* (1975). 1: 88-94.
7. **BERNICK S.** Age changes in the blood supply to human teeth. *Journal of Dental Research* (1967a). 46: 544-50.
8. **NITZAN DW, "ET AL".** The effect of aging on tooth morphology: a study on impacted teeth. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* (1986). 61: 54 - 60.
9. **VAN DEN BERGHE JM, "ET AL".** Pulp stones throughout the dentition of monozygotic twins. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio Endod* (1999). 87(6): 749-51.
10. **EDDS AC, "ET AL".** Pilot study of correlation of pulp stones with cardiovascular disease. *Journal of Endodontics* (2005). 31: 504-6.
11. **TAMSE A, "ET AL".** Statistical evaluation of radiologic survey of pulp stones. *Journal of Endodontics* (1982). 8: 455-8.
12. **MOL A, VAN DER STELT PF.** Locating the periapical región in dental radiographs using digital image analysis. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral radiol. Endod.* (1993). 75 (3): 373 - 382.
13. **GOGA N, "ET AL".** Pulp stones: a review. *Int Endodontic J.* (2008). 41: 457 - 468.
14. **BASRANI E, "Y COL".** Radiología endodóntica. Ed. AMOLCA. 1º ed. (2003). Colombia. Parte II Principios y técnicas radiográficas. 23 - 24.

## Área Humanidades y Ciencias Sociales

# Perspectivas en la relación odontólogo-paciente: un vínculo entre personas.

*Perspectives from the patient-dentist relationship: a bond between people.*

AUTOR

**SÁENZ, SERGIO JULIÁN**

Especialista en Docencia Universitaria. Profesor y Licenciado en Filosofía.

Cátedra: Antropología Filosófica

Facultad de Odontología, UNCuyo.

E-mail: ssaenz@fodonto.uncu.edu.ar

### RESUMEN

El resultado de un tratamiento exitoso en Odontología depende, en parte, de una relación armónica y dinámica entre dos concepciones que remiten a la persona en el rol de efector de salud y de paciente, a la importancia que se atribuye a la enfermedad, a la salud y el ejercicio de la autonomía en una sociedad plural. Este trabajo propone, a modo de introducción, una reflexión filosófica sobre los significados que adquiere el vínculo odontólogo-paciente a partir del eje transversal de persona, desde el reconocimiento de las competencias y saberes profesionales del odontólogo, y la progresiva aparición del paciente como sujeto activo en las decisiones de su salud.

Palabras clave: Odontología-Filosofía-relación paciente

### ABSTRACT

*The result of a successful treatment in dentistry depends partly in a harmonic and dynamic relationship between two concepts that refer to the person in the role of health "effector" and to the one in the role of the patient and to the importance attributed to the disease, to the health and to the practice of autonomy in a pluralistic society. With the person as a keystone, this work proposes, as an introduction, a philosophical reflection about the meanings acquired by the dentist-patient bond from the acknowledgement of the dentist's professional skills and knowledge and the progressive appearance of the patient as an active subject in the decisions concerning his/her health.*

Key words: Dentistry -Philosophy- -patient relationship

### INTRODUCCIÓN

En el campo de la Odontología se puede verificar la revisión de las bases conceptuales de la profesión en los inicios del siglo XXI. Se suma el aporte interdisciplinario de las ciencias sociales y humanas, las que, en relación con la Odontología, ofrecen distintas perspectivas de orden reflexivo para enfrentar una época de transformaciones.

Este trabajo se refiere a la comprensión del vínculo entre el odontólogo y su paciente, por medio de un enfoque

de orden filosófico, basado en la integración del saber profesional y el rol de paciente. Los principios que orientan esta propuesta se pueden sintetizar en una concepción pluridimensional y multicausal del binomio salud-enfermedad(1), el enfoque del paciente y del odontólogo en tanto personas implicadas en una necesidad de recuperar la salud, la relación interpersonal de dos individuos que coinciden en formar parte de una realidad biopsicosocial(2), la elaboración de documen-

tos y la praxis terapéutica centrados en el paciente como condición de mejoramiento de la condición humana cuando se hacen presentes los desafíos de responder a las demandas de salud. Ello implica el reconocimiento del papel del paciente como sujeto en la integración de la patología, las especialidades de Odontología, la sintomatología y la decisión de un diagnóstico, saberes que adquieren nuevos significados en el sistema odontólogo-paciente-salud. (3)

**Perspectivas en la relación odontólogo-paciente: un vínculo entre personas**  
Lic. Sáenz, Sergio Julián

## DESARROLLO

### Perspectiva filosófica del vínculo odontólogo-paciente.

La búsqueda de un acuerdo al momento de establecer un tratamiento implica tener en cuenta la aparición de factores que no corresponden estrictamente a los aspectos procedimentales-terapéuticos, aspectos que influyen en el comportamiento profesional. Nos referimos a la ampliación de las expectativas de vida, las patologías en adultos mayores (4), las dificultades de orden socio-económico para sostener un tratamiento, la carga emocional que implica la cavidad oral cuando está afectada, la irrupción de las cuestiones legales y la necesidad de construir vínculos de confianza.

El vínculo profesional implica la coexistencia de dos personas en una relación de necesidad. Se trata de dos personas "en situación de búsqueda de salud", en la que el paciente ofrece una determinada información, el odontólogo recibe esos datos, los interpreta y los resignifica con la sintomatología, en un proceso de sucesivos andamiajes. Por ello proponemos, en relación con el vínculo profesional, tres perspectivas desde una lectura filosófica:

1- Hacemos referencia a dos personas en distinta situación: el paciente, con su necesidad de salud, y el odontólogo, con su capacidad de ayuda o servicio de salud.(5) La base genérica del vínculo es la disponibilidad asistencial de un hombre hacia otro hombre. Hablamos del ser humano como "un ser que necesita". El paciente necesita de la acción mediadora en la radicalidad de su propia salud, afectada por una patología o una disfunción. El odontólogo es "un ser que ofrece, que brinda" ayuda y conocimientos. El fundamento antropológico del vínculo refiere a la mediación de los conocimientos académicos, legitimados desde la historia clínica y que se conti-

núan en el diagnóstico y pronóstico. El vínculo profesional se puede considerar como un espacio unitario, una realidad integradora, una relación interhumana de ayuda.

2-El modelo tradicional paternalista se basa en una perspectiva objetivante. El paciente es un puro objeto de observación y de manipulación terapéutica, en la que la curación es el resultado de una acción técnica. Se trata de un programa reduccionista, en donde la dimensión personal queda disminuida. Sin embargo, en nuestra época la relación profesional se establece en términos de una cooperación para el logro del bien común. Las formas que adquiere la Odontología en tanto relación de ayuda se materializa en el rol educador (6), en el diálogo y la escucha. Cabe referirse al odontólogo como el individuo que motiva en la incorporación de hábitos para la recuperación de la salud de la cavidad oral.

3-Sabemos que hay casos en donde el sistema odontólogo-paciente adquiere cualidades de desequilibrio, eventos que desembocan en el abandono de un tratamiento o el rechazo hacia el odontólogo en tanto profesional. (7) En estos casos asoma con nitidez el enfermo en el rol de paciente, y el odontólogo como efector de salud. Ante la patología, el paciente puede responder por medio de la articulación de un componente afectivo, ya sea con miedo, ansiedad o confianza, un componente interpretativo, en donde la enfermedad se considera fruto del azar, un desafío o la respuesta a un desorden voluntario, y un componente operativo, que abarca los grados que van de la aceptación a la automedicación. En todos los casos, la respuesta del paciente influye con un peso gravitante en el vínculo terapéutico. El odontólogo es quien asiste (ad-sistere: "estar junto a") en el acto profesional.

Los rasgos actitudinales que caracterizan al profesional idóneo permiten afirmar que hay "un modo de ser persona" en el trato con el paciente, rasgos de carácter que permiten y favorecen la consolidación del vínculo terapéutico.

En las últimas décadas asistimos a un cambio progresivo en los modos de relacionarse el odontólogo con el paciente.(8) Se trata de una toma de conciencia que involucra al profesional con su autonomía y al paciente, que se ubica como agente con decisiones propias. Esto permite referirnos a la construcción de vínculos adultos. La Odontología, en tanto profesión de servicio y ayuda, se puede caracterizar como ámbito de reconocimiento del sujeto en tanto persona.(9) Las consecuencias a nivel de la clínica se evidencian en el trato con el paciente en la búsqueda de acuerdos para el restablecimiento del bienestar. El reconocimiento de la persona implica tener en cuenta los rasgos propios del paciente y las consecuencias del saber profesional. El ejemplo que puede confirmar estas afirmaciones lo muestra el consentimiento informado como expresión manifiesta del respeto ante el paciente.(10) La relación clínica es el resultado de un proceso dinámico, en el que el paciente confronta el diagnóstico y el tratamiento prescripto con sus propias creencias, sus valores e intereses. Nos podemos referir a una "edad adulta" en la relación profesional, una etapa de crecimiento cualitativo que arranca desde los tiempos de la clínica hipocrática hasta nuestra época, en donde la enfermedad o la disfunción se reconocen como síntomas de un desequilibrio que puede ser recuperado por medio de la atención integral de todas las dimensiones que constituyen al paciente como persona que padece.(11)

**Perspectivas en la relación odontólogo-paciente: un vínculo entre personas**

Lic. Sáenz, Sergio Julián

**CONCLUSIONES**

Ante la enfermedad, dos individuos, odontólogo y paciente, se encuentran y establecen un vínculo de orden interpersonal. El vínculo se efectiviza en el acto profesional,<sup>(12)</sup> y el resultado exitoso se manifiesta en la independencia del paciente con respecto a la tutela del odontólogo. La asistencia profesional adquiere un nuevo matiz, deviene en responsabilidad del paciente por el

futuro de su propia salud. La construcción del sistema odontólogo-paciente permite diferenciar las zonas de intercambio de información, la dinámica de la comunicación y el mejoramiento de los vínculos personales. La asistencia profesional en Odontología es mucho más que un profesional al lado de un paciente en el sillón. La relación profesional une a dos personas en un ámbito

afectivo, cognitivo, operativo y moral. Odontólogo y paciente conforman una estructura que expresa una situación biográfica y social. El vínculo se puede caracterizar como relación interpersonal, en un proceso que admite gradaciones y matices, desde la consulta inicial sin mayores implicancias, a la admisión de un diagnóstico y la voluntad de empezar el proceso terapéutico.

**BIBLIOGRAFÍA**

1- PEREA QUESADA, R. (2004). *Educación para la salud*, Madrid, Editorial Díaz de Santos, 55.

2- PEREA QUESADA, R. *Ibidem*, 50.

3- ECHEVERRÍA GARCÍA, J.- CUENCA SALA, E. (1995). *El manual de odontología*, Barcelona, Ed. Masson.

*En el quehacer cotidiano del odontólogo destacamos la complejidad de las técnicas y el campo operatorio de reducidas dimensiones, lo que determina la necesidad de contar con habilidades cognitivas y motrices especiales: "El objeto de trabajo es una persona, un ser vivo con una complejidad emocional elevada que muchas veces interfiere en nuestro trabajo, alterando las manifestaciones de diferentes cuadros clínicos y los resultados de nuestro tratamiento. El grado de educación odontológica influye mucho en el tipo de tratamiento que podemos instaurar en cada paciente, sobretodo en los casos en los que es imprescindible su colaboración para una higiene y un mantenimiento adecuados. Por último, es importante la valoración del tratamiento dental que haga la persona. No todos los individuos tienen la misma necesidad de solucionar su problema dental, y el nivel de urgencia en cuanto a la calidad no siempre es el mismo."* (ECHEVERRÍA GARCÍA, J., p. 1.333)

4- PEREA QUESADA, R. *op.cit.*, 150.

5- MARTÍ, S. (2009). *Manual de Psicología Odontológica*, Mendoza, Ed. del autor, 20-23.

6- PEREA QUESADA, R. *op.cit.*, 81.

7- MARTÍ, S. *Ibidem*, 15-16.

8- FARRERAS, P. Y ROZMAN, C. (2007). *Medicina interna*, Barcelona, ELSEVIER, t.1, 81-82.

9- MARTÍ, S. *Op.cit.*, 192.

10- GIGLIO, M. Y NICOLISI, L. (2000). *Semiología en la práctica de la Odontología*, Chile, Ed. Mac-Graw-Hill, 3.

11- CZERESNIA, D. Y FREITAS, C. (2006). *Promoción de la salud*, Bs. As., Lugar Editorial, 117,125.

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL:**

BOTASSO, O. (2006). *Lo esencial en la investigación clínica*, 2° ed., Bs. As., Editorial Corpus, cap.3.

BULLÓN FERNÁNDEZ, P.-MACHUCA PORTILLO, G. (1996). *La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos*, Madrid, Laboratorios Normon SL.

DALVIA, R. (2005). *Calidad de vida. La relación bio-psico-social del sujeto*, 1° ed., Bs. As., Lugar Editorial, cap.7.

DORR, A. (2004). *Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica*, Chile, *Revista Médica de Chile*, n° 132.

FODOR, A.-DE LA PARRA, G. (2007). *La relación paciente/odontólogo: algunas consideraciones*, Chile, *Revista Dental de Chile*, vol.99, n° 3.

LE BLANC, G. (2010). *Las enfermedades del hombre normal*, 1° ed., Bs. As., Nueva Visión, cap 1.

MARONGIU, F. (2011). *Historia de la Clínica Médica y la Medicina Interna*, 1° ed., Bs. As., Edimed, Parte II, cap. 1.

RANGEL-GALVIS, M. (2011). *Perspectiva bioética y modelo biopsico-social en la relación odontólogo-paciente*, en *Revista Salud Bosque*, Colombia, vol.1, n° 2.

## Área Interdisciplinaria

# ¿Cómo mejorar la Bioseguridad en Hospitales y servicios de Salud?

*How to improve the biosecurity in hospitals and health care services*

AUTOR

### GODOY, MANUEL ENRIQUE

Médico Veterinario. Profesor titular de Epidemiología y Salud Pública. Facultad de Ciencias Veterinarias y Ambientales. UMAZA. Maestrando en Bioseguridad UNR.

Desinfecciones Villa Hipódromo. Paso de los Andes 1981. Godoy Cruz. Mendoza.  
E-mail: magoycero@yahoo.com.ar

### RESUMEN

Bioseguridad en un sentido amplio es definida como: vida libre de peligros.

Medidas de bioseguridad son acciones que contribuyen para la seguridad de la vida, en el día a día de las personas (ej. Cinturón de seguridad, senda peatonal). Las normas de bioseguridad engloban todas las medidas que buscan evitar riesgos físicos (radiación o temperatura), ergonómicos (posturales), químicos (sustancias tóxicas), biológicos (agentes infecciosos) y psicológicos (como el estrés).

Cada tanto, cuando hay conflictos gremiales, aparecen en las noticias hospitales que tienen ratas o cucarachas, y recién ahí se toman algunas medidas correctivas, pero la mayoría de las instalaciones de servicios de salud no cuentan con servicios de control de plagas, o si los tienen no son efectivos, más por causas administrativas que técnicas. Es inadmisibles la presencia de invertebrados y vertebrados (no humanos) en hospitales y centros de salud. Se proponen algunas medidas para mejorar la bioseguridad en esas instalaciones.

Palabras clave:

bioseguridad, plagas, contaminación, riesgo biológico.

### ABSTRACT

*In a broad sense, biosecurity is defined as follows: life free of hazards. Biosecurity measures are actions that contribute to the safety of people's daily life (e.g. safety belt, pedestrian crossings). Biosafety standards involve all measures which seek to avoid physical (radiation or temperature), ergonomic (postural), chemical (toxic substances), biological (infectious agents) and psychological (such as stress) hazards.*

*Once in a while, when there are labor conflicts, there appear in the news hospitals which have rats or cockroaches. Only in this situation some corrective measures are taken; however, most health care facilities do not have pest control services or in case they have them, they are not effective due to administrative reasons instead of technical ones. The presence of invertebrates and vertebrates (non-humans) is inadmissible in hospitals and health care centers. Some measures are introduced in order to improve biosecurity in those facilities.*

Key words:

*biosecurity, pests, pollution, biological risk.*

### INTRODUCCIÓN

Se entiende por bioseguridad la condición alcanzable mediante un conjunto de medidas destinadas a la protección de la salud humana, animal, vegetal y del ambiente con respecto a los riesgos conocidos y/o percibidos de una acción, proyecto o técnica, de acuerdo al estado actual de nuestros conocimientos. El conjunto de medi-

das destinadas a establecer las condiciones de bioseguridad constituye en esencia la regulación de los riesgos que son aceptables para la sociedad. Los servicios de salud poseen muchas áreas de insalubridad, con graduación variable, que dependen de su jerarquización y complejidad (ej. hospital; centro de salud), del tipo de atención

prestada (atención a afecciones infecto-contagiosas; centro odontológico) y del local de trabajo profesional (ej. Laboratorio; endoscopia; lavandería, etc.). Los riesgos que afectan la salud (ej. radiación, calor, frío, sustancias químicas, estrés, agentes infecciosos, ergonómicos, etc.) pueden ser variados y acumulativos.

## ¿Cómo mejorar la Bioseguridad en Hospitales y servicios de Salud?

Godoy, Manuel Enrique

### DESARROLLO

Durante siglos el hombre se ha enfrentado a los insectos y roedores plaga, los cuales son portadores de enfermedades y destructores de sus alimentos. Dada la importancia que han tenido los insectos y roedores en la morbilidad, mortalidad y transmisión de enfermedades, el hombre ha tenido que usar múltiples agentes para su control.

Todos los que trabajamos en salud somos conscientes de los riesgos potenciales que implican los virus, bacterias y hongos. Lo que parece más difícil de percibir, por algunos directivos de centros sanitarios, es que la presencia de hormigas, cucarachas, roedores, palomas, gatos o perros dentro de predios de salud, denotan serias fallas en el sistema de bioseguridad del establecimiento de salud y que estos animales son reservorios, portadores y/o vectores de agentes biológicos capaces de afectar a las personas que trabajan, permanecen o visitan esos establecimientos de salud. En el periodo prepatogénico el ambiente biológico cumple un rol muy importante. La flora y la fauna determinan la presencia del hospedero en la zona y además a otras especies como reservorios, vectores, fuentes de infección o mecanismos de transmisión.

Reservorio: es cualquier ser humano, animal, artrópodo, planta, suelo o materia capaz de mantener un agente, durante un periodo prolongado, en un área determinada. El hábitat natural en el que vive, se multiplica, crece, del cual depende su supervivencia y puede ser transmitido a un hospedador susceptible. (1)

Cualquier exposición, por mínima que sea, puede ser suficiente para que se produzca un contagio y se desarrolle la enfermedad. (2)

### Las Plagas

Las plagas constituyen una seria amenaza en las instalaciones de servicios de salud porque contaminan con saliva, orina, materia fecal y la suciedad que llevan adherida al cuerpo, equipos, instrumental, camas, alimentos y directa o indirectamente a los pacientes o visitantes que acuden al establecimiento. Tradicionalmente se considera plagas a los roedores (ratas y ratones), insectos voladores (moscas y mosquitos), insectos rastreros (cucarachas y hormigas), pero también hay que considerar de tal manera a aves como palomas y gorriones; animales domésticos (gatos y perros) y en menor medida, murciélagos. Todas las áreas de las instalaciones de servicios de salud deben mantenerse libres de plagas. Cada institución debe tener un plan de control y erradicación de plagas.

#### Se considera animales plagas a:

##### • Ácaros:

son animales pequeños, 0,1 a 2 mm. Ciclo vital: huevo, un estado larval (hexápodo), dos estados ninfales (octópodos) y adulto. Se dividen en:

- *Gamasida*: ácaros nidícolas, parásitos de aves y mamíferos (durante su alimentación). *Dermanyssus gallinae* (ácaros de las gallinas), *Ornithonyssus bacoti* (ácaro tropical de las ratas), *Ornithonyssus bursa* (ácaro o piojo de las gallinas). Visibles a simple vista, con cuerpo redondeado. Muy pequeños. Cuando el hospedador natural abandona el nido buscan otros alternativos como el hombre. Ninfas y adultos se alimentan de sangre, líquidos tisulares y secreciones sebáceas. Son vectores de virus, bacterias, rickettsias, protozoos y helmintos que afectan la salud humana y animal. (3)

- *Astigmata*: ácaros de la sarna. Se

desarrollan sobre el huésped.

*Sarcoptes scabiei*, producen la Sarna sarcóptica, afectan al hombre, a los animales domésticos y silvestres. Son específicos de especie, aunque atacan a otras especies, pero no se reproducen en ellos. Sobreviven fuera del hospedador en ropa, cunas de animales, monturas y arcos, mantas.

*Notoedres cati*, sarna del gato, cava galerías y parasita cabeza y cuello. Ocurre en felinos y rara vez en caninos. En el hombre se producen lesiones de aspecto similar a *S. scabiei*. (3)

Ambas pueden ser transmitidas al ser humano por contacto directo con la piel de los animales. El contagio del hombre se produce por contacto directo de personas o de animales infestados, en forma indirecta por compartir cama (personas que duermen con animales), ropa, toallas, sábanas, cobijas o ambientes contaminados.

- *Actiniedida*: *Dermatophagoides pternyssinus* y *D. farinae* (ácaros del polvo doméstico). Se encuentra también en las camas, alfombras, cortinas de la casa, de hospitales y en los productos almacenados. El ciclo se completa en 3 ó 4 semanas y el adulto vive alrededor de 2 meses. Producen dermatitis pruriginosas. Aparecen elevaciones de la piel, que se transforman en vesículas, que pueden originar infecciones secundarias. (3)

La evidencia que relaciona el asma con la exposición doméstica a cucarachas, ratones y ácaros del polvo es clara. Los ácaros del polvo no pican ni transmiten enfermedades a las personas, sin embargo, sus excrementos contienen alérgenos potentes que se sabe activan y posiblemente causan enfermedades alérgicas como la rinitis perenne, el eczema, y todavía más importante, el asma. Los alérgenos que producen los ácaros del polvo son probablemente los más importantes asociados con asma en todo el mundo y son extremada-

## ¿Cómo mejorar la Bioseguridad en Hospitales y servicios de Salud?

Godoy, Manuel Enrique

mente persistentes en el medio ambiente. Aunque históricamente los ácaros del polvo no han sido considerados como plaga urbana, la creciente prevalencia de estas enfermedades justifica su consideración en este contexto. (4)

Altos niveles de exposición a alérgenos por cortos períodos de tiempo pueden resultar más peligrosos que una dosis similar distribuida a lo largo de un período de tiempo más largo. En cuanto a los antígenos, se puede señalar que su potencia depende de las proteínas antigénicas involucradas en particular. Los ácaros del polvo doméstico y los antígenos de las cucarachas son usualmente considerados como potentes, el polen relativamente potente y los antígenos del moho menos potentes. Las endotoxinas liberadas por las bacterias pueden distribuirse a través del ambiente doméstico por el sistema de ventilación. (5)

• **Moscas:**

Las moscas son importantes como transmisoras y productoras de enfermedades. En Mendoza la mosca común (*Musca domestica*) es la que frecuentemente ocasiona problemas en establecimientos manufactureros de alimentos, pero también puede ingresar a instituciones de salud. Es una mosca cosmopolita y estrechamente asociada al hombre. El aparato bucal está adaptado para absorber líquidos (jugos de flores, sudor, exudados de heridas, secreciones, materia en putrefacción), es de tipo lamedor en esponja. Por lo tanto, para ingerir sólidos (fecas, residuos orgánicos, dulces, comidas) regurgita sobre ellos a fin de ablandarlos y poder sorberlos, facilitando así el traspaso de agentes infecciosos hacia el alimento o viceversa. (6)

• **Mosquitos:**

se encuentran en todas partes del

mundo. El mosquito hembra necesita imperativamente succionar sangre de vertebrados para poner huevos. El más común es el *Culex pipiens*, que invade las habitaciones por las noches interfiriendo con el descanso y las hembras producen picaduras en animales y personas. Pueden transmitir enfermedades como *Dirofilariasis* o *Encefalitis* (en San Juan, 2011). *Aedes aegypti*, también está en Mendoza y aumenta su zona de distribución año a año; es vector del Dengue. (7)

• **Cucarachas:**

hay varias especies de cucarachas que producen daños y molestias a las actividades humanas. Los principales problemas que ocasionan son: estéticos, malos olores, daños en libros y revistas, transmisión de enfermedades causadas por bacterias y protozoarios, ocasionando la contaminación de los alimentos por sus vías bucales y otras partes del cuerpo, o por sus heces. Es importante mencionar el papel que desempeñan las cucarachas como huéspedes intermedios de varios helmintos, que generalmente infestan algunos mamíferos y eventualmente al hombre. (5)

Importancia Médica de las Cucarachas (6) transmiten más de cuarenta patógenos, entre ellos: *Salmonellas*, *Shigellas*, *Yersinias*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*, *Ascaris*, *Ancylostoma*, *Taenias*, *Entomoebas*, *Giardias*, *Toxoplasmas*, *Virus de Hepatitis*, *Aspergillus*.

• **Hormigas:**

pocas especies tienen importancia desde el punto de vista sanitario. Se cita a *Monomorium pharaonis* (hormiga faraón) y a *Linepithema humile* (hormiga argentina) como transmisoras de patógenos en infecciones hospitalarias.

• **Chinches:**

la chinche de cama es un insecto

hematófago exclusivo. Infestan hogares, cuartos, departamentos, centros de salud, etc. al recibir "aventones" en mochilas, bolsos, maletas, muebles u otros objetos llevados de un cuarto infestado a otro lugar. Se requiere solamente una hembra o varios huevecillos en una bolsa para comenzar una nueva infestación en otro lugar. (6)

• **Roedores:**

los problemas en zonas urbanas se deben a tres especies exóticas: *Mus musculus* (laucha), rata del tejado (*Rattus Rattus*) y pericote o rata de albañal (*Rattus norvegicus*). Pueden ser encontrados en casas, granjas, establecimientos que elaboran alimentos, bodegas, instituciones de salud, espacios públicos, etc. Estos animales son perjudiciales de muchas maneras: Comen y contaminan todo tipo de alimentos. Dañan y destruyen la propiedad. Transmiten enfermedades que son un riesgo para la salud tanto de humanos como de animales como: fiebre tifoidea, plaga, leptospirosis, salmonelosis, dermatitis causada por el ácaro de rata, peste, triquinelosis.

• **Aves:**

gorriones (*Passer domesticus*) y palomas (*Columba livia*). Sus plumas y excreciones son productores de alergias en personas sensibles. Además, sus ectoparásitos (piojillos, chinches, vinchucas) pueden atacar a humanos. Las enfermedades transmisibles por aves no tienen una elevada incidencia, pero no se debe olvidar en el diagnóstico diferencial de una fiebre sin foco la psitacosis, ya que su incidencia en el mundo occidental no ha dejado de aumentar en las últimas décadas. Los enfermos HIV+ deben evitar el contacto reiterado con palomas dado que el criptococo se aísla especialmente en las heces de palomas expuestas a la intemperie. Se aconseja a los profesionales



## ¿Cómo mejorar la Bioseguridad en Hospitales y servicios de Salud?

Godoy, Manuel Enrique

del Equipo de Atención Primaria que siempre que el paciente posea animales de compañía, incluidas las aves, se haga constar en las historias clínicas. (8)

### • Perros y gatos:

son inaceptables en establecimientos de salud ya que son portadores de ácaros, insectos, parásitos internos y externos, bacterias y hongos. Sólo se podrían aceptar los que están afectados a programas de zooterapia, cuyo estatus sanitario es óptimo y no permanecen en el establecimiento.

Todas las áreas de las instalaciones de servicios de salud deben mantenerse libres de plagas. Cada institución debe tener un plan de control y erradicación de plagas.

Constituyen una seria amenaza en las instalaciones de servicios de salud porque contaminan con saliva, orina, materia fecal y la suciedad que llevan adherida al cuerpo, equipos, instrumental, camas, alimentos y directa o indirectamente a pacientes o visitantes que acuden al establecimiento.

### ¿Cómo entran las plagas a una instalación de servicios de salud?

Las plagas entran a los edificios en diferentes formas por lo que debe mantenerse una constante vigilancia para detectar a tiempo su presencia; además entran porque en esos edificios encuentran condiciones favorables para quedarse, vivir y multiplicarse como por ejemplo: agua, comida y albergue. Las formas más habituales de entrada de las plagas a los inmuebles de salud son:

- por sus propios medios (caminando, nadando, volando).
- cañerías, conductos de desagües o de

ventilación, conexiones de cloacas, sin protección.

- accesos, puertas y ventanas, sin protección.

- vehiculizados en envases o empaques de proveedores con infestación de plagas.

- dentro y sobre las materias primas, medicamentos, equipamientos, insumos alimentarios, médicos o administrativos.

- en las cajas, paquetes, bolsas de frutas, verduras, harinas y granos, etc.

- en los contenedores y vehículos de servicios de recolección de basura.

- insectos provenientes de zonas verdes o de focos específicos presentes en las zonas aledañas al hospital o establecimiento de salud.

- palomas atraídas por condiciones edilicias o de ornamentación que favorecen su refugio o alimentación.

- roedores provenientes de zanjones, acequias, mini basurales, árboles, enredaderas, cloacas, establecimientos insalubres, elaboradores de alimentos cercanos o dentro de los establecimientos de salud.

- ropa, alimentos, flores y otros productos traídos por los que trabajan o por los visitantes de los pacientes. (9)

### Mejorando la Bioseguridad

Está claro que es inadmisibles la presencia de animales plaga dentro de un establecimiento de salud, pero la lucha contra ellos no se debe fundamentar sólo en la aplicación de insecticidas, se

debe efectuar un Manejo integrado de Plagas (MIP).

El personal que realice MIP en instalaciones prestadoras de salud debe estar calificado y bien entrenado. (9)

### ¿Qué es el MIP?

Acciones que contemplan un uso racional de insecticidas, en combinación con métodos de control físico y saneamiento así como el conocimiento de los individuos plaga, sus hábitos y ciclos de vida.

Implementación del MIP en establecimientos de salud

### El programa incluye (10):

1. Educación sanitaria, cooperación.
2. Inspección, trampeo/monitoreo.
3. Exclusión y reparaciones mecánicas.
4. Saneamiento (limpieza y desinfección).
5. Control mecánico y físico.
6. Control químico.
7. Control de calidad.
8. Documentación, registro de datos.
9. Reuniones periódicas.
10. Comunicación.

### CONCLUSIÓN

El control de plagas es tarea y compromiso de todos, pero debe ser dirigido por expertos en el tema.

## ¿Cómo mejorar la Bioseguridad en Hospitales y servicios de Salud?

Godoy, Manuel Enrique

## RECOMENDACIONES

- Verificar que los sistemas de eliminación de aguas servidas y residuos funcionen adecuada y normalmente.
- Verificar que la frecuencia de eliminación de residuos sólidos y patogénicos sea la apropiada.
- Verificar que el lugar de acopio de

residuos esté limpio y sea a prueba de plagas.

- Verificar periódicamente que las instalaciones estén libres de plagas.
- Establecer convenios con empresas de confianza especializadas en control de plagas que estén aprobadas por la Autoridad sanitaria.
- Verificar que la aplicación de pla-

guicidas no signifique riesgos para la inocuidad del ambiente, de los pacientes, de los visitantes o del personal.

El factor más importante de prevención es la actitud que asuma cada individuo, a merced de un proceso educativo, frente al riesgo de infestación del lugar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **OMS. (1988).** *Lucha contra vectores y plagas urbanos. - 11 Informe Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial. - 21 de junio de 2013.* [http://wqqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_767\\_spa.pdf](http://wqqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_767_spa.pdf).
2. **SUTICH, E. (2012).** *Bioseguridad en Instituciones Biomédicas. Conferencia. Maestría en Bioseguridad. Mendoza. UMAZA. Vol. 16.*
3. **SALOMÓN O. (2005).** *Artrópodos de interés médico en Argentina. Buenos Aires: Fundación Mando Sano. Vol. 1.*
4. **BONNEFOY X, KAMPEN H, SWEENEY K. (2008).** *Public Health Significance of Urban Pests. Denmark. WHO.*
5. **OPS/OMS. (2008).** *Control de artrópodos y roedores. Organización Mundial de la Salud. Consultado 20 de diciembre de 2012.* <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/eco/000647/0647-09.pdf>.
6. **BAR M, OSCHEROV E, PIERI M. (2000).** *Entomología Artrópodos de Interés Médico Sanitario. Carrera de Magister en Ciencias Médicas Tropicales. Corrientes, Argentina: Universidad Nacional del*

Nordeste.

7. **MINISTERIO DE SALUD.** *Programas y planes: Dengue. Presidencia de la Nación, 02 de enero de 2013. Consultado 09 de junio de 2013.* <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/132-dengue>.
8. **NAVAS SERRANO V, VILA ALVAREZ J, REGALADO DEL VALLE M. (2010).** *Zoonosis transmitidas por aves. Medicina General. Revisión. Madrid. Consultado el 08/05/2013.* [www.mgyf.org/medicinageneral/marzo2000b/272-276](http://www.mgyf.org/medicinageneral/marzo2000b/272-276)
9. **GODOY M. (2013).** *Bioseguridad en Instalaciones de Servicios de Salud. XII Jornadas Latinoamericanas de Odontología. V Congreso Mendocino de Odontología. III Jornadas Mendocinas para Asistentes Dentales. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina 15 al 18 de mayo, Hotel Intercontinental. Mendoza.*
10. **UNIVERSITY OF PURDUE. (2012).** *Publication. Purdue Extension Entomology. IPM* [http://extension.entm.purdue.edu/radical-bugs/default.php?page=nbat\\_is\\_ipm](http://extension.entm.purdue.edu/radical-bugs/default.php?page=nbat_is_ipm)

## Área Interdisciplinaria

# La historia clínica. Marco legal

## *Medical history. Legal framework*

### AUTORA

#### **PROF. OD. SILVIA INÉS GONZÁLEZ**

Profesora Titular Efectiva Asignatura Clínica Integrada II - Módulo 3 - Clínica Preventiva Interdisciplinaria. Profesora Responsable Cátedra Ética Profesional y Odontología Sanitaria y Legal, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Odontología Social. Presidenta de la Sociedad Mendocina de Odontología Legal del Círculo Odontológico de Mendoza (COM).

*E-mail: sigonzalez00@gmail.com*

### COAUTORES

#### **ABOGADO ROBERTO J. MARIANETTI**

Jefe de Trabajos Prácticos Asignatura Ética Profesional y Odontología Sanitaria y Legal. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Sindicatura Concursal y Entes en Insolvencia.

*E-mail: robertomarianetti@gmail.com*

#### **OD. ROSANA R. SARLI**

Jefe de Trabajos Prácticos Asignatura Clínica Integrada II - Módulo 3 - Clínica Preventiva Interdisciplinaria. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Odontología Social.

*E-mail: rsarli@hotmail.com*

#### **OD. CARLOS SPADARO**

Docente Ad Honorem Asignatura Ética Profesional y Odontología Legal, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Odontología Legal, egresado de la Carrera de Odontología Legal (Tucumán, Argentina). Especialista en Docencia Universitaria.

*E-mail: carlos.spadaro@gmail.com*

### RESUMEN

La historia clínica se considera un documento primordial en un sistema de salud, brindando información asistencial, preventiva y social, ya que constituye el registro completo de la atención prestada al paciente, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

Palabras clave: Odontología - Información - Derechos

### ABSTRACT

*In the health system, the medical history is considered a fundamental document which provides medical care information, both preventive and social, since it constitutes a thorough record of the care provided to the patient. This is the reason why it is so important as a legal document.*

*Key words: Dentistry - Information - Rights*

### INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es un documento médico-legal que incorpora valiosa información sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Todo paciente tiene derecho a que quede constancia de los actos médicos realizados por el servicio de salud, tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

### 1. MARCO CONCEPTUAL

La historia Clínica se introdujo en el campo de la medicina por Hipócrates, quien incluso señaló algunas pautas para la recogida de datos. Es a partir del Renacimiento cuando comienza su práctica generalizada. Desde el punto de vista de la legislación y la ética la Historia Clínica es un documento fundamental en que se recoge la descripción ordenada,

completa y precisa de la experiencia que el Odontólogo obtiene en su relación directa y técnica con el paciente.(1) Es la relación ordenada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual. Es el pilar del ejercicio profesional, en donde se deja constancia de todo lo

**La historia clínica. Marco legal**

Prof. Od. Silvia Inés González; Abogado Roberto J. Marianetti; Od. Rosana R. Sarli; Od. Carlos Spadaro

obrado para resolver el problema de salud del paciente. (2)

**2. OBJETIVOS**

Las Historias Clínicas nacieron con un objetivo fundamental, es decir la captación de datos de los pacientes con la finalidad de realizar una asistencia médica de la mejor calidad. Los principales objetivos son:

- **Asistencial:** Conseguir correcta elaboración del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- **Docente:** Conocer la manera de expresión de las enfermedades, diferencias y coincidencias de una con otras. Fuente inagotable en el campo de la docencia.
- **Investigador:** Permite delimitar datos nuevos, establecer correlaciones, comprobar mayor o menor eficacia de tratamientos. Sirven de base para elaborar estudios e investigaciones.
- **Sanitarios:** El análisis de las historias clínicas permite conocer las bases epidemiológicas de procesos patológicos, datos suficientes para aportar decisiones sanitarias.
- **Administrativos:** A través de su estudio se obtienen datos de relevancia para la gestión a efectos económicos y administrativos.
- **Control de calidad:** Una de las formas precisas para conocer el nivel de calidad de una institución asistencial, puesto que a través de ellas conoceremos los procedimientos, diagnósticos utilizados, los tratamientos y su eficiencia, los estudios epidemiológicos, etc.(3)

**3. ESTRUCTURA**

Uno de los esquemas más sencillos a la hora de clasificar las historias clínicas es diferenciarlas en los siguientes grupos:

**a- Historias clínicas abiertas:** No existe diseño predeterminado, el profesional la

redacta según su criterio científico.

**b- Historias clínicas cerradas:** Existe diseño predeterminado, con datos precisos y siguiendo un orden expreso. Es decir que se confeccionan bajo una normativa.

*b1- Historia clínica general:* Realizada por profesionales generalistas, se efectúa un estudio sistemático y detenido en relación con los distintos órganos y sistemas.  
*b2- Historia clínica de especialidad:* Realizada por profesionales especialistas, como odontólogos. Dan más extensión a aquellos aspectos relacionados con la especialidad de que se trate, tomando de manera sintética los restantes. Esta última modalidad es la seguida en la estomatología y la odontología. (1)

**4. MARCO JURÍDICO**

- LEY NACIONAL 26.529 (4) Esta ley hace referencia a los DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLÍNICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO con mención a las características y condiciones de la Historia Clínica, a saber:

**DERECHOS DEL PACIENTE**

**a) Asistencia.** El paciente tiene derecho a ser asistido, sin menoscabo y distinción alguna. El profesional sólo podrá eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo del paciente otro profesional competente.

**b) Trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho al respeto de sus convicciones personales, morales y socioculturales y a su intimidad, cualquiera sea su padecimiento.

**c) Intimidación.** Toda actividad médico-asistencial debe observar el respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos.

**d) Confidencialidad.** El paciente tiene

derecho a que toda persona que participe en la manipulación de la documentación clínica guarde la debida reserva, salvo expresa disposición de la autoridad judicial o por autorización del propio paciente.

**e) Autonomía de la Voluntad.** El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar procedimientos médicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley Nº 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias.

**f) Información Sanitaria.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud.

**g) Interconsulta Médica.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

**INFORMACIÓN SANITARIA**

La información sanitaria es aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren necesarios realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

**a) Autorización.** La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal, al cónyuge que conviva con el paciente, o a la persona que esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

**La historia clínica. Marco legal**

Prof. Od. Silvia Inés González; Abogado Roberto J. Marianetti; Od. Rosana R. Sarli; Od. Carlos Spadaro

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se considera a la declaración de la voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, emitida luego de recibir, por parte del profesional, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- Su estado de salud.
- El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos.
- Los beneficios esperados del procedimiento.
- Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles.
- Los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios.
- Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto.

**a) Obligatoriedad.** Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere el previo consentimiento informado del paciente.

**b) Instrumentación.** El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en las que será por escrito y debidamente suscrito:

- Internación.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.
- Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de ley.
- Revocación.

**c) Exposición con fines académicos.** Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

**d) Excepciones al consentimiento informado.** El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- Cuando mediare grave peligro para la salud pública.

- Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiere dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

**e) Revocabilidad.** La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica. En los casos en que el paciente o su representante legal revocuen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del profesional actuante se asentará en la historia clínica.

**f) Directivas anticipadas.** Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que se tendrán como inexistentes.

**HISTORIA CLÍNICA**

**a) Historia Clínica Informatizada.** El contenido puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de datos, con uso de accesos restringidos y claves de identificación, con documentación que respalde los datos. Deberá conservarse y designar responsables que tendrán a su cargo la guarda.

La Asociación Médica Argentina (AMA)

en el año 2001 incluyó en su Código de Ética (Art.- 185°): "En caso de computarización de la Historia Clínica, deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada". (8) Otro paso importante, fue la sanción de la ley 25.506, llamada 'Ley de firma digital' que la define como: "... el resultado de aplicar a un documento digital un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante, encontrándose ésta bajo su absoluto control. La firma digital debe ser susceptible de verificación por terceras partes". Dicho de otro modo, que permita la verificación de la identificación del firmante para detectar cualquier alteración del documento digital, posterior a su firma. En sus Art.- 5° y 7°, la citada norma definió la firma electrónica como: "... el conjunto de datos integrados, ligados o asociados de manera lógica a otros datos electrónicos, utilizado por el signatario como su medio de identificación, que carezca de alguno de los requisitos legales para ser considerada firma digital." O sea que si un tercero impugnara la autenticidad de una firma electrónica, será quien se presume autor de dicha firma quien deberá probar su autenticidad. (9)

**b) Titularidad.** El paciente es el titular de la historia clínica. A su requerimiento debe suministrarse copia, autenticada por autoridad de la institución asistencial. La entrega será dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

**c) Asientos.** En la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección.
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar.
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad.
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxilia-

## La historia clínica. Marco legal

Prof. Od. Silvia Inés González; Abogado Roberto J. Marianetti; Od. Rosana R. Sarli; Od. Carlos Spadaro

res intervinientes.

e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere.

f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas. Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

**d) Integridad.** Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

**e) Unicidad.** La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una clave uniforme.

**f) Inviolabilidad.** Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, tienen a su cargo su guarda y custodia, debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas.

**g) Legitimación.** Se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

a) El paciente y su representante legal.

b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente.

c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

**h) Negativa.** Frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "Habeas Data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla.

**i) Sanciones.** El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirá falta grave, siendo pasibles de sanciones, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas (7). Y en las jurisdicciones locales serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas. (4)

## LEY NACIONAL 26.812

Esta ley hace referencia a los REGISTROS ODONTOLÓGICOS en ARGENTINA. Surge de la necesidad de sustituir el Art. 15.- Asientos de la ley 26.529, ya que la codificación del Odontograma en la Historia Clínica carecía de unificación a nivel nacional, por ello se regla, a través de la presente ley, un ordenamiento jurídico que lo incluye como documento integrante de la misma. A saber: "ARTICULO 1. Sustitúyase el artículo 15 de la Ley 26.529 por el siguiente: Art. 15.- Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se debe asentar:

a) La fecha de inicio de su confección.

b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar.

c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad.

d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes.

e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos del paciente, si los hubiere.

f) En el caso de las historias clínicas odontológicas, éstas deben contener registros odontológicos que permitan la identificación del paciente.

g) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e), f) y g) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria."

"Para el caso del inciso f) debe confeccionarse el Registro Odontológico, integrante de la historia clínica, en el que se deben individualizar las piezas dentales del paciente en forma estandarizada, según el sistema dígito dos o binario, conforme al sistema de marcación y colores que establezca la reglamentación."

(5) De este modo queda establecida la obligatoriedad a nivel nacional de consignar los Registros Odontológicos del paciente que permiten su identificación por medio del uso del Sistema Dígito dos o binario, ya que es utilizado por la Organización Internacional de Policía Criminal (INTER-

**La historia clínica. Marco legal**

Prof. Od. Silvia Inés González; Abogado Roberto J. Marianetti; Od. Rosana R. Sarli; Od. Carlos Spadaro

POL), aceptado por la Federación Dental Internacional (FDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto a la resolución de la Asociación de Odontólogos Forenses de Sudamérica (A.O.F.S.) 2010. (6)

Autora de este trascendente hecho para la Odontología de nuestro país es la Dra.

Marta Beatriz Maldonado, Perito Odontóloga Forense del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional.

**CONCLUSIONES**

Para el ejercicio de la Odontología se han dictado un conjunto de normas legales

que delimitan y ordenan, cuyo conocimiento y significado preciso son indispensables para actuar conforme a lo que la ley vigente exige. Es un principio que indica que el desconocimiento o ignorancia de la ley no sirve de excusa y no exime de responsabilidad alguna al profesional de la salud.

**BIBLIOGRAFÍA**

1- **MOYA PUEYO, B. ROLDAN GARRIDO, B. SÁNCHEZ SÁNCHEZ, J. (1994).** *Odontología Legal y Forense* Ed. MASSON. Barcelona

2- **CIOCCA GÓMEZ, L. (2009).** *Odontología Médico-Legal* Ed. Jurídicas de Santiago. Chile.

3- **CABALLERO CORNEJO, H. (2010).** *Odontología Legal y Forense. Centro de Producción Editorial e Imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú*

4- **LEY NACIONAL 26.529 PODER LEGISLATIVO NACIONAL (PLN) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sanción: 21/10/2009; Promulgación de Hecho: 19/11/2009; Boletín Oficial 20/11/2009.**

5- **LEY NACIONAL 26.812 Normativa Modificada: ley 26.529 -**

*Art. 15 inciso f) - BOLETIN OFICIAL SOBRE REGISTROS ODONTOLÓGICOS en ARGENTINA Sancionada: Noviembre 28 de 2012 - Promulgada de Hecho: Enero 8 de 2013 - Publicada en el Boletín Oficial*

6- *Resolución sobre Sistema de Nomenclatura Dentaria a utilizar por A.O.F.S. Resolución N° 004/2010.- ASUNCIÓN – PARAGUAY.*

7- **LEY NACIONAL N° 17.132 - Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares**

8- **CÓDIGO DE ÉTICA “ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA” 2001 - SIGLO XXI AÑO 1**

9- **LEY NACIONAL N° 25.506, “Ley de Firma Digital” Sancionada: Noviembre 14 de 2001. Promulgada de Hecho: Diciembre 11 de 2001.**

## Área Interdisciplinaria

# De custodios a gestores de información: el rol del bibliotecario a través del tiempo

*From guardians to information managers: the rol of a librarian over time*

AUTORA

### LIC. ESTER PERETTI

Licenciada en Documentación y Gestión de la Información por la Facultad de Educación Elemental y Especial de la Universidad Nacional de Cuyo.

Directora de la Biblioteca Facultad de Odontología - Universidad Nacional de Cuyo.

E-mail: eperetti@uncu.edu.ar

### RESUMEN

Este artículo tiene por objeto describir brevemente la evolución del perfil bibliotecario a través del tiempo, haciendo hincapié en los acontecimientos más relevantes que condujeron a estos profesionales a adaptar sus tareas a las necesidades de la sociedad.

Palabras clave:

Bibliotecario - Gestor de información - Perfil bibliotecario

### ABSTRACT

*The goal of this article is describe briefly the evolution of the librarian's profile over time, emphasizing the most relevant events which drove these professionals to adapt their duties to the needs of the society.*

Key words:

*Librarian - Information manager - Librarian profile*

### INTRODUCCIÓN

Custodio es la persona que vigila o guarda con cuidado (1). En este artículo se hace referencia al bibliotecario como encargado de custodiar los libros de una biblioteca.

El gestor de información ha de extenderse más allá del modelo de suministrador y servidor de información, habitualmente asociado con la figura de los documentalistas, y llegar a abarcar responsabilidades de planificación a nivel corporativo y de aplicación de sistemas (2).

Con el correr de los siglos la tarea de estos profesionales fue evolucionando; pasaron de ser meros custodios de libros a ser gestores de información. El perfil bibliotecario se fue desarrollando en forma paralela a los cambios en los con-

textos sociales, económicos y culturales de cada época.

### DESARROLLO

Durante la Antigüedad (4500 a.C.-1499 d.C.) el primer bibliotecario del que se tenga noticias, según el Lic. Cañedo Andalia (3), "fue Lao Tse (570-490 a.C.), un filósofo chino considerado el fundador del taoísmo (554 a.C.). Entre los años 300 y 100 (a.C.). La biblioteca de Alejandría conservó los primeros papiros egipcios, que revelan un interés científico en temas como la producción de metales y tintes, la matemática y la medicina veterinaria. Sin embargo, las escrituras científicas más completas procedían de la antigua ciudad de Grecia. Sus primeros bibliotecarios fueron: Zenodoto de Éfeso

(325-234 a.C.), el primero de ellos, Demetrius de Falero (350-283 a.C.), a quien se debe la idea de la creación de la biblioteca".

De estas ideas se desprende que las personas que se desempeñaban como bibliotecarios compartían esta actividad con otras labores, como es el caso de los sacerdotes, los reyes, los maestros, los filósofos y los escribas. Las tareas desarrolladas en las bibliotecas se centraban sólo en la recopilación de bibliografías y la elaboración incipiente de catálogos, es decir, bibliotecas centradas en la colección.

A comienzos de la Edad Media (476-1492 d.C.) se producen graves problemas económicos debido a distintas invasiones, situación que llevó a que el desa-



## De custodios a gestores de información: el rol del bibliotecario a través del tiempo

Lic. Ester Peretti

rollo de la vida intelectual europea se refugiara en monasterios y escuelas eclesíásticas ya que se había impuesto la religión cristiana como oficial. Los libros fueron custodiados por monjes de distintas órdenes religiosas hasta el nacimiento de las universidades, cuando triunfa la cultura laica frente a la religiosa.

Por muchos siglos el bibliotecario tuvo como única función la preparación, la conservación y la custodia de manuscritos y tesoros bibliográficos para beneficio de una élite imperial o sacerdotal. Esa "custodia" llegaba a tal punto que el préstamo de material bibliográfico sólo se podía realizar a iglesias cercanas o a personas a las que se les pudiera cobrar una fianza igual o mayor que el precio del libro.

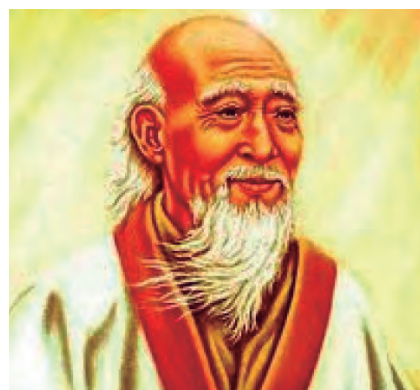
En el siglo XV, las cualidades que debía tener todo bibliotecario fueron escritas por el Duque de Urbino, en el reglamento de la Corte (4): "debe ser docto, de buen aspecto, de buen natural, educado y de palabra buena y fácil; el cual debe tener el inventario de todos los libros y mantener éstos ordenados y en su sitio, tanto los latinos, como los griegos, como los hebreos o cualquier otro que hubiera, de suerte que se pueda encontrar pronto el que se quiera buscar; y ventilar los libros junto con la estancia y cuidar de que no esté húmeda y mantenerla libre de polilla, de insectos o gusanos y de cualquier otra cosa nociva, y de las manos de ineptos y de ignorantes; y mostrarlos él mismo con diligencia a las personas de autoridad y de saber, dándoles a entender de la mejor manera la prestancia, belleza y elegancia de los mismos y de sus caracteres y de sus miniaturas. Y hay que tener cuidado de que, al cerrarlos, no quede doblada alguna hoja y repararlos a menudo; y cuando se muestren a personas ignorantes que los quieren ver por simple curiosidad y no se trata de personas muy elevadas, basta con una hojeada; así mismo tener buen cuidado, cuando falte una cerradura, de

hacerla poner enseguida y lo mismo con cualquier otra falta; y no dejar sacar fuera de su lugar libro alguno, a menos que lo mande el señor".

Finalizando la Edad Media y a principios de la Edad Moderna (1453-1789 d.C.) las características de las bibliotecas, y por ende de la actividad bibliotecaria, se fueron modificando. En este período se produjeron acontecimientos que propiciaron un cambio en la figura del bibliotecario, ya que desempeñaron esa función personas instruidas para seleccionar y organizar el material bibliográfico de una biblioteca. Otra condición era que debían conocer a los escritores más importantes de la época y sus obras y dominar varios idiomas como el latín, el griego, el francés, el italiano y, para quienes recibieran estudios teológicos, el idioma hebreo.

Luego de varios intentos surge la imprenta (Gutenberg) de tipos móviles que facilitó la impresión de un número mayor de documentos, su abaratamiento y el desarrollo social del libro. Del mismo modo que en épocas anteriores el rol del bibliotecario se centró en la ordenación de libros pero con una primitiva forma de descripción bibliográfica.

A lo largo de la Edad Moderna se producen dos movimientos muy importantes que provocaron un giro en el pensar del hombre, repercutiendo también en la labor bibliotecaria: a) el Renacimiento (nueva concepción del hombre y del mundo) el bibliotecario se convierte en asesor de escritores, librepensadores y nobles; b) el Iluminismo (perfección mediante la razón). Los bibliotecarios eran eruditos que debían organizar colecciones que respondieran a las necesidades de los ilustrados de la época. El bibliotecario tenía conocimientos enciclopédicos ya que necesitaba métodos bibliográficos para catalogar las obras de una biblioteca. Es decir que no sólo eran custodios de libros, sino también asesores e intérpretes de los intereses de los usuarios.



Lao Tse (570-490 a.C.)



Otro acontecimiento importante (s. XVII) que fundamentó grandes cambios en las bibliotecas y por consiguiente en la tarea bibliotecaria fue la obra de un bibliotecario que inaugura el género bibliotecológico: "Manual de Biblioteconomía" de Gabriel Naudé. Afirmaba que el bibliotecario debía tener formación específica para la ordenación y control de las bibliotecas, debía dar preferencia al contenido del libro y no a su apariencia exterior, debía dar importancia a las instalaciones y la distribución del mobiliario, debía dotar a las bibliotecas de un presupuesto permanente para la compra de libros y, lo que sería la base de las futuras bibliotecas públicas, apertura de las mismas a todos los ciudadanos.

A partir de estas nuevas propuestas, las bibliotecas cambian su fisonomía, los libros en lugar de estar encadenados a los pupitres se ubican en estanterías. Y, debido al crecimiento de las colecciones

## De custodios a gestores de información: el rol del bibliotecario a través del tiempo

Lic. Ester Peretti

bibliográficas, se hacía imperiosa la necesidad de alcanzar un sistema clasificatorio y un catálogo de materia, el que debía ser utilizado por un profesional que dominara estas técnicas y pudiera resolver los problemas concretos que se presentaran en los diversos procesos de ordenación del abundante material bibliográfico.

A partir de la Edad Contemporánea (1789-actualidad) el interés por el libro y la lectura da como resultado sociedades más cultas. La demanda de libros es cada vez mayor y como consecuencia nacen (s.XIX) las primeras bibliotecas públicas, las que facilitaron libros a personas de distintas clases sociales, sin distinción de raza, color, nacionalidad, edad, sexo, religión o lengua. Con la proliferación de esta clase de bibliotecas, el bibliotecario debió adaptarse a las necesidades de la nueva sociedad ávida de información, ya no fue exclusiva la tarea de adquisición y de organización de libros sino además el fomento de la lectura, lograr accesibilidad en el uso de los documentos y la disseminación de la información.

Los avances del conocimiento, de las técnicas y la lucha e insistencia de los bibliotecarios por recibir una educación formal y sistematizada favorecieron la profesionalización de las tareas, dando origen a la fundación, en el año 1850 en la ciudad de Nueva York, de la primera escuela destinada a satisfacer la necesidad de educación de los bibliotecarios en el College de Columbia (hoy Universidad de Columbia) (5). Se impartían estudios con principios humanísticos y académicos aunque sus programas no incluían la investigación e imponían los procesos técnicos sobre los servicios y la gestión bibliotecaria.

Otro logro importante en este siglo fue la creación de las primeras asociaciones profesionales como la ALA (American Library Association) contribuyendo a desarrollar la doctrina bibliotecaria, centrándose en aspectos relativos a las técni-

cas de normalización y formación profesional y la IFLA (International Federation of Library Association and Institutions) cuyos principios fueron: promover el conocimiento internacional, la cooperación, la discusión, la investigación y el desarrollo de todos los campos de la actividad bibliotecaria, incluidos los servicios bibliográficos, de información, la formación profesional y disponer de un organismo para representar los servicios bibliotecarios con interés internacional (6).

Sumando la creación de nuevas bibliotecas, la primera escuela, las asociaciones y la evolución en el rol del profesional, en la sociedad se fue generando la idea de que la función de los bibliotecarios no sólo se limitaba a las tareas tradicionales sino que debía "pensarse" en un sentido más completo ya que incluían y daban respuesta a una nueva realidad social, en la cual la información era la base para el desarrollo, el crecimiento y la comunicación.

Un suceso trascendental acontecido en la segunda mitad del siglo XX fue el desarrollo de las tecnologías de información y comunicación. Este hecho unido al uso generalizado de internet, el paso del formato papel al electrónico (como medio de almacenamiento y recuperación de la información), el crecimiento de la información y los cambios acontecidos en el modo de acceder, consumir e interactuar con la información, produjeron por un lado usuarios que solicitaban información rápida, de calidad y adecuada y por otro lado un replanteo en el quehacer bibliotecario tanto modo de llevar a cabo las tareas internas de las bibliotecas como en la forma de prestar servicios a este nuevo usuario con nuevas inquietudes y nuevas necesidades de información.

Con el paso de los años la tecnología comenzó a integrarse a las tareas bibliotecarias y a generar nuevas formas de acceso al conocimiento y la información

mejorando la rapidez y la precisión del procesamiento de la información. Surgen las primeras bibliotecas digitales, electrónicas y virtuales, donde los bibliotecarios interpretan las necesidades de información del usuario, comunican conocimientos acerca de los recursos disponibles, diseñan nuevos sistemas de acceso a la información y brindan el material bibliográfico necesario en distintos formatos.

En el siglo XXI surge un nuevo interrogante debido a que las bibliotecas (en un sentido más amplio) se convirtieron en centros de información, educación y pasatiempo, con bibliotecarios altamente capacitados y que han recibido estudios con tintes democráticos, se replantean no sólo sus tareas sino también cuál sería la forma más correcta de denominar la profesión: bibliotecario, documentalista, profesional de la información, gestor del conocimiento (knowledge manager) o broker de la información (information broker) (7).

Es decir que el medio requiere un cambio y ese cambio debe comenzar en las instituciones que forman profesionales de la información, formando individuos capaces de responder a las exigencias de esta nueva sociedad. Los planes de estudio tradicionales no son suficientes para la formación integral de este nuevo profesional de la información.

De acuerdo a Cornella (2) la formación del gestor de información debe apoyarse sobre tres áreas básicas de conocimientos: a) Administración de empresas: suministrar al gestor sólidos conocimientos sobre el mundo de los negocios, sobre la estructura y funcionamiento de las organizaciones, incluyendo temas como: contabilidad, finanzas, micro y macroeconomía, marketing, política de empresa, estructura de las empresas, planificación estratégica, gestión de proyectos, gestión de recursos humanos, etc. b) Tecnologías de la información: desarrollar habilidades que le faciliten la relación con el entorno empresarial: comunicación,

**De custodios a gestores de información: el rol del bibliotecario a través del tiempo**

Lic. Ester Peretti

presentación y negociación. El gestor de información no debe ser un especialista en informática, pero sí debe contar con conocimientos suficientes para aprovechar las posibilidades que las nuevas tecnologías pueden aportar a la organización. Los temas a incluir son: informática, telecomunicaciones, análisis y diseño de sistemas, diseño, manejo y gestión de bases de datos, redes telemáticas, automatización de oficinas, sistemas de apoyo a la decisión y de información ejecutiva, etc. c) Información: el gestor debe ser especialista en Información, manejando temas como: gestión de recursos de información, técnicas de organización de la información, psicología del usuario de información, fuentes de información internacional en bases de datos en línea,

inteligencia corporativa, métodos de investigación y elaboración de información, evaluación de la calidad de la información, políticas de información, economía de la información, etc.

En la actualidad el especialista en información debe poseer además las siguientes características personales: actitud y vocación de liderazgo y servicio al usuario entendido éste como individuo y como colectividad, una educación continua basada en la investigación, la lectura y la reflexión de su función donde quiera que se desempeñe. En éste o cualquier contexto, está obligado a ser "agente de cambio" mediante el uso y difusión del conocimiento y la información. Deberá brindar respuestas tangibles y beneficios precisos y concretos (6).

**CONCLUSIÓN**

Los bibliotecarios (gestores de información) son el recurso más importante que tienen las bibliotecas o los centros de documentación para poder cumplir sus objetivos y mejorar sus resultados. No hay duda de que la supervivencia de estos profesionales estará determinada por la capacidad de adaptación al cambio.

A modo de cierre de este artículo, se menciona una frase de Marilyn Miller: "Si cumplimos en la práctica con los principios básicos de la biblioteconomía, con honestidad y comprensión, conseguiremos una auto-educación para toda la vida y una capacidad de adaptarnos al cambio, porque el cambio es constante" (8).

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1- **DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2012)**. 22 ed. Madrid: RAE.
- 2- **MUÑOZ CRUZ, V. (1998)**. *El papel del gestor de la información en las organizaciones a las puertas del siglo XXI* Fesabid. VI jornadas españolas de Documentación.
- 3- **CAÑEDO ANDALÍA, R. (2004)**. *De la piedra al web: análisis de la evolución histórica y del estado actual de la actividad bibliológico-informacional*. En: ACIMED, 12 (1).
- 4- **LERNER, F. (1999)**. *Historia de las bibliotecas del mundo: desde la invención de la escritura hasta la era de la computación*. Buenos Aires: Troquel, p. 122.
- 5- **DANTON, J. (1950)**. *La formación profesional del bibliotecario*. París: ONU.
- 6- **PERETTI, E; REYNOSO, M. (2011)**. *Función social de las bibliotecas universitarias públicas. Bibliotecas de la UNCuyo*. Tesis de grado. UNCuyo. Facultad de Educación Elemental y Especial.
- 7- **RODRÍGUEZ CASTRO, H. (1995)**. *Sobre el papel del bibliotecólogo*. En: *Bibliotecas*. XIII (1). Ene-Jun.
- 8- **ARAMAYO, S. (2001)**. *La labor profesional de bibliotecarios y documentalistas en el siglo XXI*. En: *Biblioteconomía y documentación*. (6).

## Área Odontopediatría

# Maltrato infantil y la consulta odontológica

## *Children abuse and the dental practice*

AUTORA

### **OD. ROSANA SARLI**

Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra Clínica Integrada II- Módulo Clínica Preventiva Interdisciplinaria. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Odontología Social.

*E-mail: rsarli@hotmail.com*

CO-AUTORAS

### **PROF. OD. SILVIA INÉS GONZÁLEZ**

Profesora Titular Efectiva Cátedra Clínica Integrada II- Módulo Clínica Preventiva Interdisciplinaria. Profesora Responsable Cátedra Ética Profesional y Odontología Sanitaria y Legal, Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Odontología Social. Presidenta de la Sociedad Mendocina de Odontología Legal del Círculo Odontológico de Mendoza (COM).

*E-mail: sigonzalez00@gmail.com*

### **OD. PATRICIA RIZZO**

Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra Clínica Integrada II- Módulo Clínica Preventiva Interdisciplinaria. Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Odontología Social.

*E-mail: pavirizzo@yahoo.com.ar*

## **RESUMEN**

Los profesionales de la salud debemos estar preparados para descubrir situaciones de maltrato infantil en la consulta odontológica, como escenas de violencia, características de abandono o falta de cuidados de un niño. Su detección es un proceso complejo y delicado, para ello debemos estar orientados en el qué hacer y en el cómo hacer, cuando vemos en la práctica profesional este tipo de situaciones. Cuanto antes se reconozcan, mejores serán los resultados de la intervención profesional.

Palabras clave: maltrato infantil - diagnóstico odontológico.

## **ABSTRACT**

*In dentistry, health professionals must be prepared to discover child abuse situations, such as violence scenes, abandonment characteristics or lack of child care. Their detection is a complex and delicate process; for this reason, we must be guided regarding what to do and how to do it when we see these situations in the professional practice. The sooner they are recognized, the better the results of the professional intervention.*

*Key words: child abuse - dental diagnosis.*

## **INTRODUCCIÓN**

La violencia en el medio familiar es un problema social complejo en el cual el personal sanitario juega un rol importante en su detección. Los padres maltrata-

dores suelen cambiar los médicos de sus hijos con frecuencia para evitar ser descubiertos. Sin embargo, el Odontopediatra tiene la posibilidad de verlo generalmente dos veces al año por

lo cual se transforma en una pieza fundamental en el diagnóstico de maltrato.

Debido a dicha importancia, se hace necesario indagar en los factores de riesgo, signos de alarma y características clí-

**Maltrato infantil y la consulta odontológica**

Od. Rosana Sarli; Prof. Od. Silvia Inés González; Od. Patricia Rizzo

nicas de un niño maltratado para dar al especialista las herramientas necesarias para poder diagnosticarlo y denunciarlo a las autoridades correspondientes evitando de esta manera que miles de niños sigan muriendo al año por esta causa. (1) Por otra parte, es necesario que todos los profesionales relacionados directa o indirectamente con la infancia y adolescencia estén no sólo sensibilizados respecto a la realidad del Maltrato Infantil, sino que también deben conocer los indicadores que nos pueden hacer sospechar que nos encontramos ante un caso de este tipo. Los cambios injustificados y persistentes en la conducta del niño, en su forma de responder a las situaciones, en su tono emocional, determinado tipo de comentarios y verbalizaciones, el incremento de la agresividad y hostilidad o su inhibición, pasividad y aislamiento, evidencian que no se están atendiendo adecuadamente sus necesidades afectivas, emocionales, educativas, de socialización o bien relacionadas con la higiene, la alimentación, la salud o el desarrollo de hábitos positivos y saludables. Estos pueden ser indicadores de que el niño está siendo expuesto a situaciones relacionadas con el Maltrato. Finalmente, cabe considerar que, por lo general, las modalidades de Maltrato no se dan de forma aislada, sino que suelen solaparse entre sí, de manera que los niños sufren diversas formas de Maltrato simultáneamente. (2)

**DESARROLLO**

El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de los que son objeto los menores de dieciocho años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La

exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

**Datos y cifras**

Aproximadamente un 20% de las mujeres y de un 5 a 10% de los hombres, manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que de un 25 a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos. Entre las consecuencias del maltrato infantil se encuentran problemas de salud física y mental para toda la vida, y efectos sociales y laborales negativos que pueden retrasar el desarrollo económico y social de los países.

Es posible prevenir el maltrato infantil antes de que se produzca, y para ello es necesario un enfoque multisectorial. Los programas preventivos eficaces prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos.

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. (3) El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: actos de violencia (como víctimas o perpetradores); depresión; consumo de tabaco; obesidad; comportamientos sexuales de alto riesgo; embarazos no deseados; consumo indebido de alcohol y drogas.

A través de estas consecuencias en la conducta y la salud mental, el maltrato puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual.

Más allá de sus consecuencias sanitarias y sociales, el maltrato infantil tiene un impacto económico que abarca los cos-

tos de la hospitalización, de los tratamientos por motivos de salud mental, de los servicios sociales para la infancia y los costos sanitarios a largo plazo.

Existen diferentes formas de maltrato, las que han sido clasificadas por los especialistas, de maneras diferentes. A veces las categorías son artificiales y más de una vez esas categorías coexisten, con el predominio de un tipo de maltrato sobre otro.

En el maltrato físico hay un uso intencional de la fuerza por parte de padres o cuidadores con el objetivo de castigar al niño. Como resultado, se detectan signos en el examen clínico como lesiones, heridas, fracturas, mordeduras, hematomas, quemaduras, etc. y también por radiografías, donde pueden identificarse lesiones antiguas y reiteradas.

Este tipo de maltrato físico, cuando deja señales, es fácil de identificar pero no ocurre así con otras formas de maltrato físico, en las cuales las evidencias no se encuentran fácilmente. Son difíciles de reconocer y de aceptar por los médicos, tal el caso del llamado Shaken Baby (niño sacudido) y el Síndrome de Munchausen por poder, los cuales, cuando aparecen en las páginas policiales nos hacen recordar y actualizar estas formas ocultas y graves del maltrato.

La negligencia o el abandono es otra forma de maltrato, por medio de la cual se proveen adecuadamente las necesidades básicas del niño: comida, ropa, albergue, atención médica, higiene, recreación, educación, de acuerdo con las posibilidades económicas, sociales y culturales de cada grupo familiar. Aquí cabe preguntarse ¿Qué pasa cuando es la sociedad quien abandona las necesidades básicas?

El rechazo, la indiferencia, la desvalorización, el aislamiento o el terror son otras formas de este maltrato que es más difícil de encuadrar, que está oculto y a veces casi formando parte de la sociedad moderna. También se debe considerar violencia el instigar o forzar a tomar al-

hol o drogas, a mendigar o robar y obligar a trabajar.

Aprender a reconocer la violencia que se ejerce sobre los menores posibilita encontrar los medios para su prevención, acción considerada la más importante que podamos realizar en esto tan complejo. (4)

**El Maltrato Infantil implica definir:**

- 1 **FACTORES DE RIESGO**
- 2 **SEÑALES DE ALERTA**
- 3 **TIPOLOGÍA DE MALTRATO**
- 4 **INDICADORES DE MALTRATO**

**1. FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo hacen referencia a la presencia o ausencia de determinadas condiciones en la vida del niño/a o su entorno, que aumentan la posibilidad de que aparezcan conductas o situaciones de maltrato. Los factores de riesgo por sí solos NUNCA PRUEBAN la existencia de malos tratos, sólo PREDICEN la probabilidad de que aparezcan.

Algunos de los factores de riesgo que pueden detectarse desde el ámbito sanitario:

**EN EL NIÑO**

- Nacimiento prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Hijo no deseado.
- Déficit físico o psíquico, el niño no cumple satisfactoriamente las actividades propias de su edad.
- Problemas médicos crónicos o retrasos en el desarrollo.
- Problemas de conducta como sueño irregular, dificultad para seguir órdenes, para alimentarse.
- Apego especial hacia los adultos.

- Aislamiento emocional.

**FAMILIARES Y AMBIENTALES**

- Historia de malos tratos en la infancia en uno o ambos padres.
- Falta de habilidades para la crianza del niño.
- Expectativas inapropiadas con la edad del niño.
- Trastornos emocionales, mentales o físicos en uno o ambos padres.
- Estilo de disciplina excesivamente laxo o punitivo.
- Abuso o dependencia (drogas, alcohol, juego).
- Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva.
- Múltiples problemas en la convivencia de la pareja.
- Carencia de condiciones básicas de habitabilidad del hogar.
- Valores y actitudes negativas hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- Falta de apoyo social.
- Falta de capacidad empática.
- Baja tolerancia al estrés.

**2. SEÑALES DE ALERTA**

Las señales de alerta son signos o síntomas de disfuncionalidad o anomalía en el desarrollo físico y/o psíquico del niño, que no corresponden con el momento evolutivo del mismo y que no responden a causas orgánicas. Indican que algo sucede y que el niño está somatizando su afección.

Obviamente, estos síntomas no dicen nada por sí mismos si se presentan de

manera aislada y de forma puntual. Pasan a ser señales de alerta cuando: van asociados (existe más de un síntoma) y/o son persistentes. Las señales de alerta NO PRUEBAN una situación de maltrato, ya que pueden aparecer como síntomas de otras circunstancias, pero sí que identifican la necesidad de intervenir.

Lo que sí nos indicaría la posibilidad de existencia de una situación de maltrato infantil es la actitud de los padres y/o responsables del niño ante la intervención de los profesionales de la salud.

Si ante una señal de alerta, la actitud de los padres no es de solicitud, de apoyo o de colaboración ante la propuesta de intervención sino de indiferencia, rechazo u omisión de las indicaciones de la intervención, podemos pensar en una posible situación de maltrato infantil.

**3. TIPOLOGÍA DEL MALTRATO**

Son las diferentes manifestaciones del Maltrato Infantil en función de las características del maltrato, de la actitud de los padres /tutores y de las repercusiones que se producen sobre el niño, el Maltrato Infantil se clasifica a través de diferentes manifestaciones. Se ha añadido el síndrome de Munchausen, que inicialmente no está contemplado en la tipología de maltrato utilizada por los servicios competentes, por ser un maltrato que se detecta principalmente desde el ámbito sanitario. Los tipos de maltrato infantil que se contemplan en este documento son los que se mencionan a continuación. (2)

▶ Maltrato físico	▶ Abuso sexual
▶ Maltrato emocional	▶ Explotación laboral o mendicidad
▶ Negligencia física	▶ Corrupción
▶ Negligencia emocional	▶ Abandono
▶ Síndrome de Munchausen	▶ Secuestro y sustitución de identidad
▶ Maltrato institucional	▶ Ritualismo

**Maltrato infantil y la consulta odontológica**

Od. Rosana Sarli; Prof. Od. Silvia Inés González; Od. Patricia Rizzo

**4. INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO ODONTOLÓGICO**

Las piezas dentarias pueden sufrir fracturas por golpes, que provengan de accidentes o de incidentes delictuosos. Los más expuestos a este tipo de accidentes son los incisivos superiores, y los niños en sus diversiones e inquietudes a menudo reciben golpes en la boca que por lo general los fracturan. No todas las lesiones características de maltrato se van a localizar en la boca, pero el odontólogo informado debería de sospecharlo al cotejar un conjunto de signos. Los más destacados son: lesiones cutáneas, quemaduras, mordeduras y lesiones en la cavidad bucal. Las lesiones intrabucuales se caracterizan por ser fundamentalmente contusiones, o bien lesiones en forma de abrasiones, laceraciones mucosas, luxaciones o fracturas dentarias. La prevalencia varía entre el 3 y el 6%. Con mucha frecuencia, el mecanismo patogénico de la lesión intrabucal consiste en la introducción forzada por parte de los cuidadores, y de forma violenta, de objetos como chupetes, tenedores o cucharas; siendo típica la lesión consistente en laceraciones en la mucosa labial, y luxaciones laterales. La rotura del frenillo superior causada por estos motivos, o por taponar la boca bruscamente al niño cuando está llorando (iría acompañada de un hematoma peribucal) es un signo casi patognomónico. Si se golpea la boca de forma directa, es posible encontrar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores, con la marca de los mismos en la parte interna de los labios. La cavidad bucal puede presentar lesiones por abuso sexual. La rotura del frenillo lingual o el hallazgo de un eritema o petequias, sin causa, en la línea de unión entre el paladar blando y duro puede indicar una felación. El examen radiográfico también nos puede ser de mucha utilidad, pues casi el 50% de los pacientes suelen ser maltratados repetidamente. Así, en la exploración radiográfica podemos encontrar eviden-

cia de lesiones previas, como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo. El odontólogo quizás sea el profesional con mayor probabilidad de reconocer un maltrato infantil, ya que entre el 50 y el 70% de casos presentan lesiones en la cara y la boca. Y esto es importante por dos motivos: Estos pacientes acuden a las consultas odontológicas en busca de un tratamiento para este tipo de lesiones al ser menos graves o bien por otras razones, como por ejemplo evitar la sanidad pública donde se hacen ciertas preguntas para descartar las sospechas. Los padres que maltratan a sus hijos llevan en raras ocasiones al niño al mismo médico; sin embargo no son tan precavidos acerca de los odontólogos. De ahí la importan-

cia que ante un traumatismo dentofacial, el odontoestomatólogo conozca y explore una serie de datos que puedan hacer sospechar la evidencia de maltrato (5,6).

**Actitudes del niño frente al maltrato**

- ▶ Dolores recurrentes a los que no se encuentra causa evidente (somatizaciones).
- ▶ Ausencia de los cuidados médicos básicos.
- ▶ Comentarios del niño/a sobre falta de alimentación.
- ▶ Niños con falta de higiene, vestidos en forma inadecuada de acuerdo a la climatología.
- ▶ Pudor inexplicable en la exploración física, sobre todo en la genital.
- ▶ Miedo irracional a la revisión.
- ▶ Conocimientos inapropiados para su edad, o conducta sexual explícita.
- ▶ Actitud excesivamente vigilante.
- ▶ Excesiva facilidad para adaptarse a la hospitalización.

**Actitudes de los padres frente al maltrato**

- ▶ Padres que imposibilitan el conocimiento de la vida familiar.
- ▶ Los datos que aportan a la anamnesis son vagos, difusos o se contradicen.
- ▶ Que ocultan traumatismos previos y luego se constatan a través de rayos X.
- ▶ Impedimento por parte de los padres para desvestir o examinar al niño.
- ▶ Que no cumplen los tratamientos prescritos al niño. El seguimiento de las patologías tanto agudas como crónicas es inadecuado.
- ▶ No acuden a las citas médicas.
- ▶ Cuando el menor es hospitalizado se le abandona en el centro sin causa justificada, y las visitas son infrecuentes y cortas.
- ▶ En el momento del alta no aparecen los padres.
- ▶ En ocasiones se insiste en el ingreso del niño sin motivo médico.
- ▶ Presencia repetida del niño y su familia en el centro de salud, aparentemente sin justificación.
- ▶ Consultas sin motivos.
- ▶ Incapacidad o negativa a aportar informes de ingresos previos.
- ▶ Cambios de médico frecuentes.
- ▶ Retraso en acudir a los servicios sanitarios.

**MALTRATO INFANTIL Y SU ABORDAJE**

La intervención conlleva la implicación técnica del profesional, quién de forma coordinada e interdisciplinaria colaborará para reducir o evitar el maltrato, y en su caso, proteger al menor de una situación perjudicial para su salud física y emocional. La protección de la víctima, del niño, es responsabilidad de todos los sistemas de protección, por eso se debe informar debidamente a quien corresponda. Hablar con el niño, escucharlo y tener en cuenta su opinión y sus deseos suele ser orientador a la hora de intervenir y tomar decisiones. Intervenir por él, pero sin contar con él, puede generar en el niño o adolescente desconfianza hacia los adultos y los profesionales. Es importante tener presente que en la mayoría de los casos de maltrato infantil los agresores suelen ser los padres y que el niño se ve inmerso en un conflicto de lealtades y deseos entre el malestar y sufrimiento que le provoca el maltrato y

### Maltrato infantil y la consulta odontológica

Od. Rosana Sarli; Prof. Od. Silvia Inés González; Od. Patricia Rizzo

el afecto que siente por sus padres. No es fácil aceptar y asumir que se está siendo maltratado por los padres.

Ante una sospecha de maltrato, hay que evitar toda actuación precipitada. La interconsulta con otros profesionales implicados puede ayudar a esclarecer dudas. Siempre debe notificarse la situación a los Servicios competentes: salud mental, servicio social, y los que el pediatra considere necesarios para la evaluación del menor. Por eso se creará en cada hospital que cuenta con servicio de Pediatría un Equipo Interdisciplinario para la atención de los niños víctimas de maltrato y abuso. Estos equipos estarán integrados por médicos, enfermeros, psicólogos

y trabajadores sociales. Muchas veces es conveniente la hospitalización del niño aunque las lesiones no presenten gravedad, para poder dar intervención a otros servicios y de esta manera detectar con mayor precisión y más tiempo la posibilidad de maltrato infantil. (7)

#### CONCLUSIÓN

Los odontólogos, como parte integrante del equipo de salud, deben tener en cuenta la necesidad de registrar en la Historia Clínica del niño o adolescente toda la información que recoja relativa a una posible situación de maltrato. Además de la información verbal, el profesional sanitario debe mantener una

actitud activa y recoger información no verbal que obtendrá a través de la observación durante la consulta odontológica. Tanto la prevención como la detección y la intervención de urgencia se deberían desarrollar en los servicios de salud y educativos, que trabajando de manera articulada tendrán que intervenir oportuna y adecuadamente para disminuir los efectos y prevenir las causas de este problema endémico. Las investigaciones realizadas sobre Maltrato Infantil han demostrado que una característica que se observa en cualquier población infantil es la reiteración del maltrato. Un 97,1% de los expedientes estudiados son de niños con abuso reiterado.

#### BIBLIOGRAFÍA

- MARIANA C. MORALES CHÁVEZ (2009).** *Acta Odontológica Venezolana versión impresa ISSN 0001-6365 v.47 n.3 Caracas sep. Rol del Odontopediatra en el Diagnóstico de Maltrato Infantil.*
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, GOBIERNO DE ESPAÑA (2011).** *Detección y notificación de casos de maltrato infantil – Guía para el ciudadano- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI).*
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2010).** *Nota descriptiva N.º 150.*
- GLORIA SA CROISKY (2002).** *Maltrato infantil. Acerca de una patología médico social: la violencia infantojuvenil. Médica pediatra Jefa del Servicio de Pediatría Ambulatoria del Hospital de Agudos E. Tornú. Ciudad Autónoma de Bs. As. Integrante del Comité de Familia y Salud Mental de la Sociedad Argentina de Pediatría.*
- COLLANTES M, CUEVA Y, FIGUEROA C, GARAY R, MORENO A, MUNAYCO E, ET AL. (2008).** *Prevención de Traumatismo Dental y Maltrato Infantil en Odontopediatría.; en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/monografias/alumnos/quinana\\_dc.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/monografias/alumnos/quinana_dc.pdf).*
- SERNA L.** *¿Cómo Afecta en los Niños de 3 a 6 Años de Edad, el Maltrato Físico, Emocional o Mental? <http://200.21.104.25/grume/investigacion/Documentos/Maltrato%20infantil2.pdf>*
- ÁREA POLÍTICA DE GÉNERO, PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO, SUBSECRETARÍA DE COORDINACIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD.** *Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el Sistema de Salud. Provincia de Buenos Aires.*



## Área Periodontología

# Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal

## *Smoking: Its influence on periodontal disease*

### AUTORES

#### PASCUCCI, JORGE ORLANDO

Doctor en Odontología Universidad Nacional de Córdoba; Especialista en Docencia Universitaria Universidad Nacional de Cuyo; Especialista en Periodoncia Sociedad Argentina de Periodontología (Asociación Odontológica Argentina). Profesor Titular Periodontología Facultad de Odontología Universidad Nacional de Cuyo. Categoría III Programa de Incentivo Docente.

E-mail: [jorgepascucci@hotmail.com](mailto:jorgepascucci@hotmail.com)

#### GIAQUINTA, MARIA DE LOS ÁNGELES

Doctora en Odontología Universidad Nacional de Córdoba; Magister en Bioética Universidad Nacional de Cuyo; Magister en Comunicación y Educación Universidad Autónoma de Barcelona España; Especialista en Salud Pública Universidad Nacional de Cuyo; Especialista en Docencia Universitaria Universidad Nacional de Cuyo; Especialista en Periodoncia Ministerio de Salud Mendoza. Categoría III Programa de Incentivo Docente.

### RESUMEN

Las enfermedades periodontales son infecciones asociadas a microorganismos patogénicos y alteraciones en la respuesta del huésped. Se desarrollan cuando se produce un desequilibrio entre los microorganismos y los mecanismos de defensa del individuo. Los factores ambientales como el tabaquismo pueden ejercer efectos inmunosupresivos, medioambientales negativos, incrementando la susceptibilidad a periodontitis. La evidencia demuestra que hay una clara asociación entre las enfermedades periodontales y el tabaquismo.

#### Palabras clave:

tabaquismo, enfermedad periodontal, hábito de fumar

### ABSTRACT

*Periodontal diseases are infections associated with pathogenic microorganisms and alterations in the host's response. They develop when disequilibrium between microorganisms and the individual's defense mechanisms is produced. Environmental factors such as smoking can exert immunosuppressive effects, which are environmentally negative, increasing a susceptibility to create periodontitis. The evidence shows that there is a clear association between periodontal diseases and smoking.*

#### Key words

*Smoking; periodontal disease, smoking habits*

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades periodontales son consideradas como un grupo de enfermedades infecciosas, complejas, de etiología multifactorial, donde las bacterias son necesarias pero no suficientes para producir por sí mismas las patologías (1). La interacción de microfloras/huéspedes susceptibles y medio ambiente local conductor podrían facilitar el desarrollo de lesiones periodontales destructivas. Además de la microflora, son necesarios

otros factores contribuyentes para el desarrollo y progreso de las periodontitis: factores de riesgo tales como la diabetes mellitus, las alteraciones genéticas y el hábito de fumar, entre otros. Éstos influyen sobre la respuesta inmuno-inflamatoria del huésped, aumentando la susceptibilidad frente a la microbiota bacteriana, debido a alteraciones de los mecanismos defensivos (2, 3, 4, 5).

La adicción al tabaco es una enfermedad crónica que se caracteriza por la búsqueda

de y el uso compulsivo de una sustancia que conlleva a cambios moleculares y neuroquímicos en el cerebro; una vez que el sujeto se inicia en el tabaquismo, la nicotina comienza a jugar un papel importante en la persistencia del «hábito». De esta manera el tabaquismo genera una dependencia física y psicológica. Fumar cigarrillo es un hábito nocivo que además de causar enfermedades crónicas como el cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares, incrementa la

**Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal**

Pascucci, Jorge Orlando; Giaquinta, Maria de los Ángeles

incidencia y severidad de la enfermedad periodontal.

Se ha demostrado que el hábito de fumar afecta la vasculatura, la respuesta inmunitaria humoral y celular, los procesos de señalización intercelular y la homeostasis tisular (6, 7). Por consiguiente, tiene el potencial de modificar:

- La susceptibilidad a la enfermedad periodontal.
- La microbiota de la biopelícula dental.
- La expresión clínica de la enfermedad.
- La progresión de la enfermedad.
- La respuesta al tratamiento.

**DESARROLLO**

El inicio y progreso de la enfermedad periodontal se produce como consecuencia de la respuesta inflamatoria e inmunitaria del hospedador ante los agentes patógenos periodontopáticos. Esta respuesta del hospedador está condicionada por factores de riesgo.

El tabaco es el factor de riesgo evitable más importante en la incidencia y progresión de la enfermedad periodontal dado que se relaciona con una mayor prevalencia y mayor severidad de la misma. Bolin y cols. (8):

- Los fumadores tienen mayor prevalencia de enfermedad periodontal.
- La expresión de la enfermedad es más severa en fumadores, (5 veces o más).
- El nivel de riesgo es proporcional a la cantidad y tiempo fumado (Relación dosis-dependiente).
- Los efectos negativos son independientes al acúmulo de biofilm.
- Desarrolla medio ambiente apto para patógenos periodontales.

Investigaciones sobre la asociación del tabaquismo con la enfermedad periodontal demuestran un riesgo de 2 a 8 veces mayor de pérdida de inserción y pérdida ósea en los sujetos fumadores, en función del grado de tabaquismo. El estudio epidemiológico NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey) de

EEUU, contó con 12329 adultos mayores de 20 años. En este estudio encontraron que los fumadores tenían 4 veces más posibilidades de sufrir enfermedad periodontal que los no fumadores y los fumadores empedernidos (más de 30 cigarrillos/día) tenían más riesgo que los que fumaban 10 diarios (OR 5,6 y 2,8 respectivamente) (9).

En una población de Brasil se encontró que el riesgo de enfermedad periodontal era de 5 a 8 veces mayor en fumadores que en no fumadores. En Europa se determinó 3 veces más probable el riesgo de pérdida de inserción en fumadores (9).

En nuestro medio el riesgo a desarrollar periodontitis en sujetos fumadores es mayor a 3 veces OR 3,36 IC 95 % (1,6 a 7,0), trabajo de Tesis Doctoral Pascucci (10).

**Sustancias tóxicas del tabaco**

El tabaco contiene más de 2000 sustancias potencialmente tóxicas. Las sustancias tóxicas más importantes son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono.

- **La nicotina:** tiene efectos fisiológico-adictivos. Induce liberación de adrenalina, dopamina, provocando aumento de presión arterial e intensa vasoconstricción periférica. La nicotina como tal es cancerígena.

- **Alquitrán:** componente más tóxico, contiene más de 500 sustancias. Es irritante y cancerígeno.

- **Monóxido de carbono:** es competidor del oxígeno por la hemoglobina, uniéndose a ésta. Afecta a todas las células. Además altera el potencial óxido-reducción, promoviendo el desarrollo de bacterias anaerobias tales como *Porphyromonas gingivalis* (Pg) y *Prevotella intermedia* (Pi).

El consumo de tabaco además produce humo y calor producidos por la combustión y también provocan efectos nocivos, por el contacto directo con los tejidos.

La sustancia principal en los efectos negativos en el tejido periodontal es la nicotina, que actúa como vasoconstrictor

provocando isquemia, reducción de la respuesta inflamatoria vascular y reparación celular. Además, se ha afirmado que actúa directamente sobre los macrófagos y fibroblastos con el resultado de retrasar la cicatrización de las heridas (11).

**Efectos negativos del tabaco**

El cigarrillo es un factor de riesgo para la enfermedad periodontal porque afecta con sus productos a las células del huésped, el perfil de citoquinas y el ecosistema bucal, dado que interactúa con los mecanismos centrales de la respuesta del huésped y microbiológica.

Los efectos del tabaco sobre la respuesta del huésped son a través de la nicotina, en especial a uno de sus metabolitos, la cotinina, que afecta al huésped:

- Por daño directo sobre los tejidos (fibroblastos, osteoblastos).
- Por alteración de la respuesta inmune (neutrófilos, anticuerpos y monocitos).
- Por alteraciones en la producción de citoquinas (perfil de citoquinas destructivas)
- Por alteraciones vasculares (disfunción endotelial).

Tipton (12), demostró que la nicotina no sólo inhibe la proliferación, sino además la producción de fibronectina, colágeno tipo I y aumenta la actividad de la colágenasa (Esquema 1). También encontró efecto negativo sobre el hueso por la estimulación de la diferenciación de osteoclastos e inhibición de expresión de factores de crecimiento.

Se ha observado daño en fibroblastos periodontales de manera que la adherencia celular es significativamente menor en las superficies radiculares de los fumadores empedernidos (13).

Giannopoulou (14), encontró que la nicotina reduce los niveles de producción de fosfatasa alcalina, lo cual altera el proceso de remineralización de los huesos.

El humo del tabaco también puede regular directamente la producción de citocinas de fibroblastos gingivales humanos, los cuales juegan un papel importante en

**Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal**

Pascucci, Jorge Orlando; Giaquinta, María de los Ángeles

la destrucción de tejidos, dando como consecuencia el retraso de la cicatrización de heridas (Esquema 1) (15).

El tabaquismo provocaría actividades más destructivas de los leucocitos polimorfonucleares neutrófilos (LPMNs), aumenta la liberación de productos de estallidos oxidativos potencialmente destructivos como el superóxido y el peróxido de hidrógeno (Esquema 2) (16).

El tabaquismo inclina la balanza hacia un perfil más inflamatorio/destructivo. Giannopoulou (14), encontró en el fluido gingival de fumadores niveles muy bajos de interleuquina 4 (IL-4), es un factor de crecimiento de los linfocitos B y niveles elevados de factores proinflamatorios como factor de necrosis tumoral (FNT $\alpha$ ) e interleuquina 8 (IL-8).

Bostrom L, Linder LE, Bergstrom J. (17) encontraron en el fluido gingival de fumadores niveles alto de interleuquina 6 (IL 6) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) (Esquema 3).

El fumar induce liberación de catecolaminas que provocan vasoconstricción periférica. Este efecto fisiológico reduce el flujo sanguíneo, lo que reduce el drenaje de los catabolitos residuales, la irrigación y oxígeno de los tejidos, altera el pH (Esquema 4) (18).

La nicotina y sus productos disminuyen la respuesta humoral, con disminución de inmunoglobulinas, lo que facilita la infección periodontal (Esquema 5) (19).

Lehr y col. (20) encontraron que en fumadores era común una disfunción endotelial periférica, incluso sin alteraciones importantes en los marcadores moleculares de la coagulación y del sistema de fibrinólisis. Los efectos del tabaco en la microcirculación consisten en disfunción de las células endoteliales, relajación de los vasos, agregación plaquetaria y adhesión de leucocitos (Esquema 6).

La cicatrización se ve afectada por la nicotina al aumentar la adhesión plaquetaria, el riesgo de oclusión microvascular trombocítica y la isquemia tisular, redu-

ciendo la proliferación de:

\* *células sanguíneas rojas*

\* *fibroblastos y macrófagos* (21)

El monóxido de carbono producido por el cigarrillo altera el potencial óxido reducción de las superficies mucosas y dentarias, favoreciendo el desarrollo de especies anaerobias en el biofilm subgingival (7). La flora bacteriana en los fumadores cambia a un perfil más patogénico.

Haffajee y Socransky (22) observaron que el porcentaje de sitios colonizados con Pg, *Tanarella forsythia* (Tf) y *Treponema denticola* (Td) era mayor en fumadores, en profundidad de sondaje 4 mm. Eggert y cols. (23) observaron cantidades considerablemente mayores de Pg y Pi en profundidad de sondaje 5 mm en fumadores. Zambon (24) encontró una mayor proporción de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), Pg y Tf en pacientes fumadores. Van Winkelhoff (25) encontró diferencias en la microflora de fumadores, observando Pi y Pg en grandes cantidades.

En los pacientes fumadores se encuentra aumentada la temperatura subgingival, que es indicador de inflamación y promueve el desarrollo de Pi, Pg, Aa (26). El fumar aumenta la secreción salival parotídea y aumenta la concentración de Calcio, por lo que el biofilm se mineraliza más rápidamente (27).

El tabaco tiene efectos adversos negativos sobre el abordaje terapéutico, ocasionando mayor resistencia bacteriana, menor respuesta de los tejidos al tratamiento y mantenimiento más difícil (28).

**Efectos periodontales negativos del tabaquismo:**

- Aumento de la prevalencia de posibles patógenos periodontales.
- Inhibición del crecimiento de fibroblastos y disminución de la producción de colágeno.
- Menor producción de inmunoglobulina G2.
- Alteración en la función de los neutró-

filos, con perfil de actividades destructivas.

- Efectos negativos sobre la producción de citocinas y factor de crecimiento por parte del macrófago.

- Reducción crónica del flujo sanguíneo y alteraciones de la vascularidad.

El tabaco, la genética, la diabetes y el estrés psicosocial pueden interactuar entre sí para exacerbar las rutas inflamatorias y destructivas de las enfermedades periodontales. La combinación de los dos factores de riesgo contribuye sinérgicamente a la pérdida de inserción clínica. En los diabéticos dependientes de insulina que fumaban, el RR de pérdida de inserción clínica fue 4,4 veces superior al de los individuos diabéticos que no fumaban.

Un estudio de pérdida dentaria tras el tratamiento periodontal encontró un OR similar entre no fumadores con polimorfismo y fumadores sin polimorfismo; había un efecto adicional adictivo en el acople del polimorfismo con el hábito tabáquico: Polimorfismo OR de 2,7; Tabaquismo OR de 2,9; Combinados OR de 7,7 (29).

**Aspecto clínico**

El paciente fumador con periodontitis presenta características clínicas que suelen ser diferentes a las de un paciente no fumador con periodontitis. Estos signos clínicos pueden enmascarar la enfermedad periodontal si no se realiza un correcto examen al paciente (30).

Haber (31) define la enfermedad periodontal asociada con el tabaco como una categoría de enfermedad diferente, cuyas manifestaciones clínicas son: enfermedad periodontal generalizada, tejido gingival fibrótico con márgenes gruesos, mínimo enrojecimiento y edema, mayor pérdida de inserción periodontal, con mayor daño en región palatina anterior, menor sangrado al sondaje, mayor recesión gingival en molares superiores por palatino, pérdida de hueso y pérdida de órganos dentarios.

Las características clínicas periodontales de los pacientes fumadores son (17):

**Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal**

Pascucci, Jorge Orlando; Giaquinta, Maria de los Ángeles

- Encía fibrótica, color rosado, consistencia firme y con márgenes gruesos y redondeados.
- Escasos signos de inflamación: mínimo edema, disminución fluido gingival, sangrado tardío.
- Bolsas más profundas en palatino y lingual.
- Temperatura subgingival aumentada.
- Índice de cálculo y pigmentaciones alto.
- Mayor pérdida de inserción y ósea.
- Aumento de recesiones y cavidades clase V.

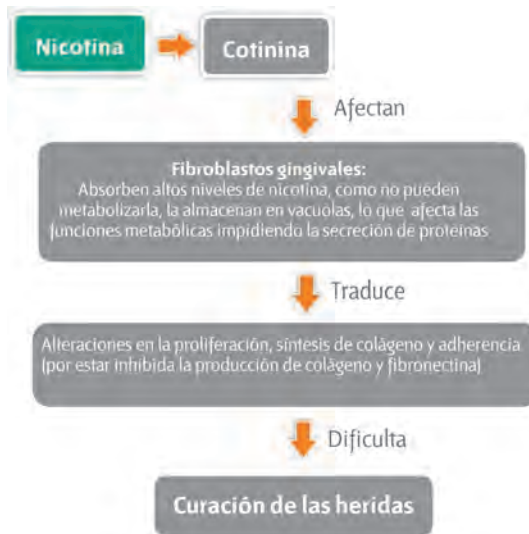
**Alteraciones en la cavidad bucal**

Andersson (32) describió las siguientes alteraciones bucales relacionadas con el tabaquismo:

- *Lesiones en mucosa premalignas y malignas:* se relaciona a la absorción de compuestos terminales como los alquitranes y resinas, los cuales son productos irritantes que llevan a desarrollar cáncer bucal.
- *Estomatitis nicotínica:* también llamada paladar del fumador, se caracteriza por una zona generalizada opaca que presenta puntos rojos correspondientes a los conductos de las glándulas salivares. Su etiología es el calor y el humo provenientes de la combustión del tabaco.
- *Pigmentación lingual y gingival:* se presenta por la acumulación de los residuos del humo del tabaco sobre las papilas gustativas y células epiteliales.
- *Halitosis.*
- *Alteraciones del gusto.*
- *Aumento transitorio del flujo salival.*
- *Sequedad bucal.*

**El abandono del hábito de fumar**

Entre los 5 y 10 años de interrumpir el hábito, el riesgo del exfumador es sólo algo mayor que el no fumador. Produce efectos favorables con respecto a la respuesta al tratamiento. Mejora notablemente en los mecanismos de defensa y cicatrización.

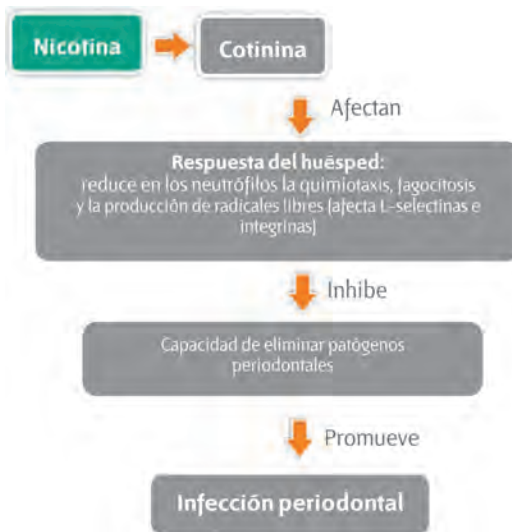


Esquema 1. Tripton (1995).

Bolin y cols. (9), en un estudio longitudinal, analizaron el comportamiento del hueso alveolar en quienes abandonan el hábito de fumar y encontraron: en no fumadores una pérdida ósea marginal de 3,9%; en fumadores una pérdida ósea marginal de 6%; y en ex-fumadores una pérdida ósea marginal de 4,4%. En los pacientes fumadores las bolsas se reducen menos, al evaluar los parámetros clínicos, se observó que la mejoría fue del

50-75% de la obtenida por los no fumadores (33).

Los medicamentos complementarios, tales como antibióticos administrados por vía sistémica y local y la doxiciclina de dosis subantimicrobiana, combinados con terapia mecánica y una asistencia de mantenimiento regular, pueden ser beneficiosos para el tratamiento de los efectos negativos del tabaquismo (34). El tratamiento antimicrobiano complemen-



Esquema 2. Ryder (1998).

**Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal**

Pascucci, Jorge Orlando; Giaquinta, María de los Ángeles

tario hace que la respuesta de los fumadores sea igual a la de los no fumadores que se someten únicamente a raspaje y alisado radicular. No están indicadas cirugías regenerativas (35).

**CONCLUSIÓN**

El tabaco participa en la progresión de la enfermedad periodontal, a la que confiere características particulares de evolución y tratamiento. Altera las respuestas defensivas del huésped y estimula los efectos destructivos. Interfiere con la cicatrización de las heridas. Afecta el pronóstico en pacientes con y sin tratamiento. Es considerablemente más difícil estabilizar la condición periodontal. El riesgo de recidiva de enfermedad periodontal es mayor en fumadores. Afecta la tasa de supervivencia de los implantes oseointegrados.

La interacción de factores de riesgo aumenta la susceptibilidad.

Se recomienda aconsejar y motivar al paciente a dejar el hábito de fumar, colaborando con él en programas interdisciplinarios de ayuda para abandonar el hábito.



Esquema 3



Esquema 4. Bergstrom (1994).



Esquema 5. Mooney (2001).



Esquema 6. Lehr HA (2000).

**BIBLIOGRAFÍA**

1- COSTERTON JW, LEWANDOWSKI Z, CALDEWELL DE ETAL (1995). Microbial biofilms. Ann Rev Microbiol 49: 711-745.  
 2- BERGSTROM J, ELIASSON S (1987). Noxious effect of cigarette smoking on periodontal health. J Period Res 22: 513-517.  
 3- GENCO R. (1996). Current view of risk factors for periodontal diseases J Periodontol 67:1041-1049.  
 4- THORSTENSSON H, HUGOSON A (1993). Periodontal disease experience in adult long-duration insulin-dependent diabetics. J Clin Periodontol 20: 352-358.  
 5- WILLIAMS TJ, YARWOOD H. (1990). Effect of glucocorticoste-

## Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal

Pascucci, Jorge Orlando; Giaquinta, Maria de los Angeles

### BIBLIOGRAFÍA

- roids on microvascular permeability. *Am Rev Respir Dis* 141: S39-S43.
- 6- **KINANE DF, PETERSON M, STATHOPOULOU PG (2006)**. Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases. *Periodontol* 2000 40 : 107-119.
- 7- **PALMER RM, WILSON RF, HASAN AS ET AL (2005)**. Mechanisms of action of environmental factors – tobacco smoking. *J Clin Periodontol* 32: 180–195.
- 8- **BOLIN Y COLS. (1993)**. The effect of changed smoking habit on marginal alveolo bone loss. A longitudinal study. *Swedish Dental J* 17: 211-216.
- 9- **TANUR E, MCQUADE MJ, MCPHERSON JC ET AL (2000)**. Effects of nicotine on the strength of attachment of gingival fibroblasts to glass and non-diseased human root surfaces. *J Periodontol* 71: 717–722.
- 10- **PASCUCCI J (2010)**. Correlación entre estrés psicosocial, tabaquismo y estado periodontal en adultos. Tesis Doctoral Universidad Nacional de Córdoba República Argentina.
- 11- **LORDELO M (2005)**. El tabaco y su influencia en el periodonto. *An. Periodont Implant* 17(1): 121-128
- 12- **TIPTON DA, DABBOUS MK (1995)**. Effects of nicotine on proliferation and extracellular matrix production of human gingival fibroblasts in vitro. *J Periodontol* 66 (12) : 1056-1064.
- 13- **JAMES JA, SAYERS NM, DRUCKER DB ET AL (1999)**. Effect of tobacco products on the attachment and growth of periodontal ligament fibroblasts. *J Periodontol* 70 (5) : 518-525.
- 14- **GIANNOPOULOU C, KAMMA JJ, MOMBELLI A (2003)**. Effect of inflammation, smoking and stress on gingival crevicular fluid cytokine level. *J Clin Periodontol* 30: 145–153.
- 15- **JACOB V, VELLAPPALLY S, SMEJKALOVA J (2007)**. The influence of cigarette smoking on various aspects of periodontal health. *Acta Medica (Hradec Kralove)* 50(1):3-5
- 16- **RYDER MI, FUJUTAKI R, LEBUS S ET AL (1998)**. Alterations of neutrophil L-Selectin and CD18 expression by tobacco smoke: implications for periodontal diseases. *J Periodontal Res* 33: 359–368.
- 17- **BOSTROM L, LINDER LE, BERGSTROM J (1999)**. Smoking and cervicular fluid levels of IL-6 and TNF-alpha in periodontal disease. *J Clin Periodontol* 26: 352–357.
- 18- **BERGSTROM J, PREBER H (1994)**. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol* 65: 545-550.
- 19- **MOONEY J, HODGE PJ, KINANE DF (2001)**. Humoral immune response in early-onset periodontitis: influence of smoking. *J Periodontal Res* 36: 227–232.
- 20- **LEHR HA (2000)**. Microcirculatory dysfunction induced by cigarette smoking. *Microcirculation* 7: 369-384.
- 21- **SILVERSTEIN P (1992)**. Smoking and wound healing. *Am J Med* 93 (1A): 22-24.
- 22- **HAFFAJEE AD, SOCRANSKY SS (2001)**. Relationship of cigarette smoking to the subgingival microbiota. *J Clin Periodontol* 28: 377–388.
- 23- **EGGERT FM, MCLEOD MH, FLOWERDEW G (2001)**. Effects of smoking and treatment status on periodontal bacteria: evidence that smoking influences control of periodontal bacteria at the mucosal surface of the gingival crevice. *J Periodontol* 72: 1210–1220.
- 24- **ZAMBON JJ, GROSSI SG, MACHTEI EE ET AL (1996)**. Cigarette smoking increases the risk for subgingival infection with periodontal pathogens. *J Periodontol* 67: 1050–1054.
- 25- **VAN WINKELHOFF AJ, BOSCH-TIJHOF CJ, WINKEL EG (2001)**. Smoking affects the subgingival microflora in periodontitis. *J Periodontol* 72: 666–671.
- 26- **DINSDALE CR, RAWLINSON A, WALSH TF (1997)**. Subgingival temperature in smokers and non-smokers with periodontal disease. *J Clin Periodontol* 24 (10):761-766.
- 27- **JOHNSON G, GUTHMILLER J (2007)**. The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. *Periodontol* 2000 44: 178-194.
- 28- **BERGSTROM J ET AL (1994)**. Tobacco use as a risk factor. *J Periodontol* 65: 545-550.
- 29- **MCGUIRE MK, NUNN ME (1999)**. Prognosis versus actual outcome. IV. The effectiveness of clinical parameters and IL-1 genotype inaccurately predicting prognoses and tooth survival. *J Periodontol* 70: 49–56.
- 30- **ALBANDAR J, STRECKFUS C, ADESANYA M ET AL (2000)**. Cigarette, pipe, and cigarette smoking as risk factors for periodontal disease and tooth loss. *J Cl Periodontol* 71: 1874-1881.
- 31- **HABER J, WATTLES J, CROWLEY M (1993)**. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J Periodontol* 64: 16-23
- 32- **ANDERSSON G, KAZEMI VALA E, CURVALL M (1997)**. The influence of cigarette consumption and smoking machine yields of tar and nicotine on the nicotine uptake and oral mucosal lesions in smokers *J Oral Pathol Med* 26 : 117-123.
- 33- **LABRIOLA A, NEEDLEMAN I, MOLES DR (2005)**. Systematic review of the effect of smoking on nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol* 2000 37: 124–137.
- 34- **NOVAK MJ, JOHNS LP, MILLER RC (2002)**. Adjunctive benefits of subantimicrobial dose doxycycline in the management of severe, generalized, chronic periodontitis. *J Periodontol* 73: 762–769.
- 35- **TONETTI M (1998)**. Cigarette smoking and periodontal diseases: etiology and management of disease. *Ann Periodontol* 3(1): 88-101.

## ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA SALUD BUCAL



**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO

**FO**  
FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA



**CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA  
AL DISCAPACITADO / 3 de Julio de 1993-2013**

El 3 de Julio del corriente, se cumplieron 20 años desde que comenzó a funcionar el

**CENTRO de ATENCIÓN ODONTOLÓGICA al DISCAPACITADO** en la ciudad de Mendoza, Argentina.

Una fecha muy significativa para nosotros, sus integrantes:

**Prof. Dra. Patricia DI NASSO**

**Prof. Od. Walter LOPRESTI**

**Od. Cecilia CIPOLLA**

**Od. Lucía MESA**

**Od. Daniela SALINAS**

**Od. Andrea QUIROS**

**As. Social Lic. Laura SASTRON**

**As. Dent. Susana QUINTEROS**

### **Festejamos 20 años para recordar nuestra historia, planificar y protagonizar el futuro junto a nuestros pacientes, padres y colegas**

El 3 de Julio de 1993, la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo junto a la Fundación de Apoyo a la Odontología, Mendoza (FADEOM) concretaron un importante proyecto como era la creación de un espacio para la atención de la salud bucal de las personas con discapacidad: el CENTRO de ATENCIÓN ODONTOLÓGICA al DISCAPACITADO (CAOD). Se ubicaba en la calle Huarpes 2876, Sexta Sección de nuestra ciudad de Mendoza, Argentina. En ese momento, no se dimensionaba el impacto que podía producir en la calidad de vida de un sector vulnerable de la población: bebés, niños, adolescentes y adultos con discapacidad. Único en el país, libre de barreras arquitectónicas, con instalaciones adaptadas e innovadoras, y a cargo de profesionales con amplia experiencia, capacitados y formados en la atención odontológica de pacientes especiales.

Muchos fueron los profesionales que nos acompañaron en estos 20 años y a los que hacemos extensivo nuestro sincero agradecimiento. Algunos colaborando en las actividades asistenciales y docentes y otros formándose a través de estancias de perfeccionamiento post-gradual en la disciplina odontología y discapacidad, como así también estu-

diantes de las carreras odontología y asistente dental que año a año refuerzan las competencias que adquieren en respectivos espacios curriculares.

El haber atendido a más de 3000 pacientes nos posiciona en un lugar muy importante como centro de referencia provincial, cuyano, nacional e internacional. Las acciones no solamente abarcaron acciones intramurales, sino también una diversidad de trabajos comunitarios destinados a niños con discapacidad.

El Centro desarrolla sus actividades en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, el Centro Universitario, Parque Gral. San Martín, Mendoza, Argentina.

La promoción de salud, estrategias asistenciales preventivas y rehabilitadoras bucales orientan la labor diaria, además de investigación, docencia y extensión.

Nuestro espacio es acogedor, contenedor, alegre y estimulante para aquellas familias e instituciones que llegan en la búsqueda de una propuesta diferente de abordaje de la salud bucal.

Diariamente compartimos con colegas Docentes, Profesionales, Estudiantes y Personal de Apoyo académico el quehacer diario en un todo orientado a la "inclusión" y a la "aceptación del otro"

## ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA SALUD BUCAL

como es, con sus defectos y virtudes, con sus capacidades y lo más importante con su belleza que a veces, no es la externa precisamente.

Celebramos 20 años, recordando historias, vivencias, anécdotas, relatos tristes y alegres, a los pacientes que atendimos y atendemos hoy y a sus padres, hermanos y acompañantes que confiaron en nosotros su salud, y a colegas que nos visitaron de lugares muy lejanos y compartieron con nosotros sus saberes y experiencias y a todos los que aportaron desinteresadamente su granito de arena para que el crecimiento fuera sostenido. Los festejos comenzaron con la entrega de una plaqueta recordatoria desde las autoridades de la Facultad (1). El 2 de Julio, la Legislatura de Mendoza (2) a través de la Senadora Silvia Calvi realizó un reconocimiento a la trayectoria y el miércoles 3, el festejo mayor con la visita de colegas, estudiantes y personal de apoyo académico, autoridades del Departamento de Odontología, autoridades de la Facultad y pacientes que nos emocionaron con sus bailes.

Quizás sea poco tiempo para evocar los pasos andados, pero esta historia la fuimos construyendo de a poco, con esfuerzo y entre todos, los que estuvimos y los que estamos, que damos fe de haber sido protagonistas de ella.

Ahora el desafío está en el camino que empezamos a recorrer hoy, y el futuro que deseamos construir por una mejor calidad de vida de las personas con discapacidad a partir de contribuir a mantener una sonrisa sana.



(1)



(2)



### Prof. Dra. Patricia Di Nasso

Profesora Titular Efectiva cátedra Clínica del Paciente Discapacitado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Doctora en Salud Pública (EEUU, 2009), Postdoctorado en Ciencias de la Salud (EEUU, 2012), Máster en Atención Temprana (España, 2008), Magíster en Gestión de Organizaciones Públicas (Especialidad: Educación). Investigadora categoría 3, Especialista en Odontología Preventiva y Social (2005 y 2011), Recertificación de Especialidad otorgada por la Academia Nacional de Odontología (2011). Especialista en Docencia Universitaria. Directora del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado.

*E mail: patdin@fodonto.uncu.edu.ar*



## Biblioteca

### UBICACIÓN

Segundo piso ala norte del edificio de Clínicas.

### HORARIO DE ATENCIÓN

De lunes a viernes de 8 a 17.30 hs.

### PÁGINA WEB

[www.fodonto.uncu.edu.ar/paginas/index/biblioteca](http://www.fodonto.uncu.edu.ar/paginas/index/biblioteca)

### CORREO ELECTRÓNICO

[biblioteca@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:biblioteca@fodonto.uncu.edu.ar)

### PERSONAL

**Directora: Lic. Ester E. Peretti**

[eperetti@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:eperetti@fodonto.uncu.edu.ar)

**Equipo de Trabajo:**

**Téc. Univ. Miriam S. Vargas** | [vargas@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:vargas@fodonto.uncu.edu.ar)

**Téc. Univ. Marcelo Quevedo** | [quevedo@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:quevedo@fodonto.uncu.edu.ar)

**Téc. Univ. Silvana Forniés** | [sfornies@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:sfornies@fodonto.uncu.edu.ar)

Con mucho orgullo queremos anunciar que a partir del mes de octubre del corriente, la Revista de la Facultad está disponible on line y con acceso abierto en la Biblioteca Digital de la UNCUYO.

Asimismo aclaramos que el volumen y número de la revista fue seleccionado al azar y que fue y seguirá siendo cargado a la plataforma por el personal de nuestra Biblioteca.

**Éste es el enlace a la revista:** <http://bdigital.uncu.edu.ar/app/navegador/?idobjeto=5084>

The screenshot shows a web browser window displaying the digital library interface. The page title is 'REVISTAS' and the header includes 'Biblioteca Digital / UNCUYO' and a search bar. The main content area features the journal title 'Revista Facultad de Odontología' and the logo 'FO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA'. Below this, there is a section for 'Institución Editora: Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología' with details such as 'Dirección: Abdala, José Simón', 'Periodicidad: Semestral', 'ISSN: 1667-4243', and 'Indizada en: Latindex, EBSCO'. A 'Contacto:' section provides an email address and phone number. A 'Disciplinas:' section lists 'Odontología'. A 'Presentación:' section describes the journal's purpose. On the right, a 'Números publicados' section lists 'Vol. 4, no. 2 / 2010'.

## Publicaciones

# Normas para los autores

Los trabajos se enviarán a:

Facultad de Odontología - Universidad Nacional de Cuyo

Centro Universitario - Mendoza - CP: 5500 - Argentina

E mail: [vicedecano@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:vicedecano@fodonto.uncu.edu.ar)

Consultas: Facultad de Odontología -Universidad Nacional de Cuyo

Tels.: 54 261 4135007 - Interno: 2814 - Fax: 4494142

Deben enviarse los trabajos, tanto para publicación en la revista como para página web por Internet:

- Un original y tres copias.
- Escrito en hoja tamaño A4, incluyendo las figuras y/o fotografías.
- Una copia en CD del texto con formato Microsoft Word. Tipeado en mayúsculas y minúsculas.

El envío de la producción en formato papel y/o electrónico, se considerará como autorización para su publicación y sólo se aceptarán trabajos que no hayan sido publicados con anterioridad en otra revista, ni se encuentren bajo evaluación para el mismo fin.

El/los autor/res serán notificados de la evaluación bajo los siguientes conceptos generales:

- **Aceptado** para su publicación
- **Necesidad de revisión** (por parte del autor)
- **Devolución sin publicación**

El trabajo aceptado se publicará en la edición de la revista que el Comité Científico determine. No se devolverán los textos aceptados.

Según su contenido, los trabajos se clasifican en las siguientes categorías:

- **Trabajo de investigación científica.**
- **Trabajo de divulgación (actualización o revisión).**
- **Casos clínicos.**

**Trabajos de investigación:** son trabajos inéditos, es decir, producto de experiencias de investigación básica o clínica que sean

un aporte específico a una disciplina dentro de la Odontología.

Constará de:

- Título, en lo posible conciso y claro.
- Nombre del o los autores.
- Resumen: no más de 150 palabras en español y su equivalente en inglés.
- Introducción.
- Materiales y métodos.
- Resultados.
- Conclusiones.
- Bibliografía.
- Extensión máxima: ocho carillas incluyendo las figuras y/o fotografías.
- Ilustraciones: deben ser digitalizadas y de máxima resolución, en formato JPG o TIFF.

**Trabajo de divulgación (actualización o revisión):** serán considerados tales, aquellos que informen acerca del estado actual del conocimiento sobre el tema, con bibliografía profusa y debidamente referenciada en el texto.

Constará de:

- Título, conciso y claro.
- Nombre del o los autores.
- Resumen: no más de 150 palabras en español y su equivalente en inglés.
- Introducción.
- Desarrollo.
- Conclusiones.
- Bibliografía.
- Extensión máxima: ocho carillas, incluyendo figuras. Aproximadamente 1.000 caracteres.

**Casos clínicos:** son descripciones de situa-

ciones clínicas no habituales. Su estructura deberá ser:

- Título: conciso y claro.
- Nombre del o los autores.
- Resumen.
- Introducción.
- Caso clínico: descripción, que puede acompañarse de gráfico y/o fotografía.
- Discusión.
- Bibliografía: se puede expresar la cita más relevante y dejar la posibilidad de que un interesado solicite al Comité Editor toda la bibliografía acopiada por el autor y que no es publicada.

**Precisiones:**

Los autores deberán observar las siguientes precisiones, cualquiera sea la categoría en que se inscriba su trabajo para publicación:

**Título:** debe ser claro y conciso. Su extensión debe ser la menor posible.

**Autores:** los autores deberán expresar sus nombres completos. Debe constar el nombre de la o las instituciones donde se realizó el trabajo, la dirección postal y dirección electrónica del autor y su respectivo grado académico o profesional.

**Resumen o abstract:** no debe tener una extensión mayor de 150 palabras, en idioma español y su equivalente en inglés. Debe ser claro, de modo tal que sintetice los contenidos más relevantes y las conclusiones del trabajo. Puede hacer referencia a la línea de investigación seguida por otros investigadores.

## Publicaciones

**Palabras clave o key words:** en número no mayor de 5 (cinco), serán los términos más representativos del contenido del trabajo, de forma tal que permita su inclusión en una base de datos. Deberán expresarse en español y su traducción al inglés.

**Ilustraciones:** Deben ser digitalizadas, cuyas dimensiones no excederán ni serán inferiores a 20 cm. x 30 cm., resolución: 300 DPI y en formato JPG o TIF. Las mismas pueden ser:

- Radiografías: tomadas con cualquier técnica, deben ser nítidas y con buen contraste.
- Fotografías: con buen contraste y nítidas.
- Dibujos esquemáticos. El autor debe indicar la ubicación adecuada de los mismos en el texto.
- Gráficos o tablas: deben ser presentadas como archivo adjunto en el programa en el que fue realizado originalmente y en CD.

En todos los casos, deben ir acompañadas de una breve leyenda y número de orden al pie. Es conveniente que éstas sean adjuntadas en hoja aparte.

(\*) Las impresiones de fotos o gráficos en color tienen un costo adicional a cargo del autor o los autores, el que deberá ser consultado al Comité Editor.

**Introducción:** incluye las hipótesis, objetivos y/o contenidos más relevantes. Con una reseña de los resultados más importantes y una breve referencia a las conclusiones y/o discusión. La introducción incluye referencias bibliográficas que serán indicadas con un número entre paréntesis.

**Materiales y métodos:** debe ser un resumen claro y lo suficientemente completo para promover su transferencia a otros investigadores.

**Resultados:** debe presentarse lo que se obtuvo, de la forma más adecuada: gráficos, tablas, sin abundar en explicaciones.

**Discusión:** consiste en la interpretación por los autores de los resultados, donde pueden expresar coincidencias o desacuerdos con investigaciones similares.

**Conclusiones:** las mismas son el sustento de la investigación, basadas en los resultados y perfiladas en la discusión.

**Bibliografía:** las referencias bibliográficas que a lo largo del texto se expresan entre paréntesis con números, se expresarán del siguiente modo:

**a) Si son artículos de revistas:**

- Nombre del autor o autores (hasta tres, seguido con la expresión "et al") indicando el apellido completo y las iniciales del nombre en mayúsculas, sin punto.
- Año de la publicación entre paréntesis.
- Título del trabajo.
- Título abreviado de la revista según normas internacionales.
- Volumen en negrita.
- Capítulo o número del fascículo.
- Página inicial y final.

**b) Si son libros:**

- Nombre del autor o autores (con las mismas indicaciones anteriores).
- Año de la publicación entre paréntesis.
- Título del libro.
- Edición.
- Lugar de publicación. Editorial. Volumen.
- Capítulo o número de páginas.

**Nota: estas mismas normas para los autores serán traducidas al inglés por el Comité Editor.**

**Otras secciones de la revista:** estas serán escritas por los integrantes del Comité Científico y quienes deseen participar, comunicándose con el mismo a la dirección editorial y/o a las direcciones electrónicas u otro medio especificado en la revista para este fin.

**Editorial.**

**Comentarios bibliográficos.**

**Actividades científicas.**

**Misceláneas.**

### PROPUESTA DE ÁREAS TEMÁTICAS

#### BIOLOGÍA ORAL

- Anatomía, Histología y Embriología.
- Química Biológica y Física Biológica.
- Biología Celular y Molecular.
- Microbiología.
- Farmacología.
- Patología Bucal.
- Fisiología.

#### ODONTOLOGÍA CLÍNICA

- Odontología Preventiva.
- Operatoria Dental.
- Clínica Propedéutica.
- Cirugía.
- Periodontología.
- Prostodoncia.
- Ortodoncia.
- Radiologías.
- Odontopediatría.
- Anestesiología.
- Estomatologías.
- Endodoncia.

#### MATERIALES Y AVANCES TECNOLÓGICOS

- Materiales Dentales.
- Diagnóstico por imágenes.
- Diagnóstico computarizado.
- Materiales ortodónticos.
- Materiales prostodónticos.

#### HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

- Psicología.
- Sociología.
- Antropología.
- Pedagogía Universitaria.

La entrega y recepción de los trabajos científicos para su publicación, implica la autorización del autor para difundir la obra, tanto en soporte impreso y/o electrónico, así como participar con los mismos en las bases de datos que se consideren pertinentes.

## ACTIVIDADES 2013 CON EL PROGRAMA EDMSA-PAS

El proceso de construcción y puesta en marcha de conocimientos, hábitos y actitudes frente a la salud, se sustenta en el desarrollo de programas incrementales que aborden esta temática.

Es por ello que visitamos nuevamente la escuela "YAPEYU", del paraje La Jaula, departamento de San Carlos, incluida dentro de los establecimientos apadrinados por la empresa EDEMSA Energía Eléctrica, a través del **PROGRAMA DE AYUDA SOLIDARIA "PAS"** para continuar con el proyecto incremental de Salud Bucal iniciado el año anterior en esa comunidad escolar.

Y como cierre de las actividades programadas para el 2013, el sábado 9 de noviembre, participamos en la, 2º MARATÓN Y CAMINATA SALUDABLE organizada por el Programa EDEMSA-PAS, a la que se sumaron autoridades, alumnos y egresados de nuestra Unidad Académica.

Caminamos, entregamos folletería didáctico-preventiva, interactuamos con los participantes y presentamos la "Unidad Móvil Odontológica", compartiendo una jornada divertida, saludable y de construcción participativa.



*"La alegría es el ingrediente principal en el compuesto de la salud."*

*Anónimo*