



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LAS VISITAS AL
CONSULTORIO DENTAL CADA SEIS MESES**

TESIS

**TRABAJO TERMINAL DENTRO DEL PROGRAMA DE
TITULACIÓN POR ALTO PROMEDIO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

DANIELA CARMONA RUIZ

TUTOR: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

ASESORAS: MTRA. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS

MTRA. ERIKA HEREDIA PONCE

MEXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Dios.

Por permitirme alcanzar una de mis metas.

A mi Papá y mi Mamá.

Con gran cariño, por guiarme en el camino donde nada me hizo falta, por sus consejos, su ayuda y amor incondicional.

A mi hermana.

Con gran cariño, por tu amistad y apoyo.

A la Dra. Carmen.

Por su ayuda en la elaboración de esta tesis; y con cariño, por su amistad y por las atenciones que siempre recibí de usted.

Al Dr. de la Fuente.

Por su confianza en mí y su apoyo para la elaboración de esta tesis.

A la Dra. Erika.

Por su amistad y por el apoyo para la elaboración de esta tesis.

A mis abuelitos y familia.

Por la preocupación que por mí manifestaron y el apoyo que siempre encontré en ustedes.

A mis maestros.

Por las enseñanzas que de ustedes recibí.

A mis amigos.

Por hacer más divertido el camino.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
ANTECEDENTES	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVOS	22
METODOLOGÍA	23
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	48
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, existen múltiples recomendaciones de higiene y autocuidado para mantener un estado favorable de salud bucal, dentro de las más conocidas, se encuentra la referente a las visitas al consultorio dental para revisiones de rutina cada seis meses, sin embargo, no existe certeza con respecto al número de visitas recomendado en un periodo, que proporcione un estado favorable de salud bucal; y por el contrario, existe controversia entre algunos autores.

Actualmente, la publicidad que existe dentro de los medios de comunicación es la fuente principal de donde se obtiene un parámetro de seis meses entre cada visita al consultorio dental, existiendo dudas respecto a las bases científicas de esta premisa.

Se dice que parte del origen de realizar revisiones dentales cada seis meses surge de un programa de televisión en los Estados Unidos de América llamado *Amos and Andy* en los años 50, y que una vez que la idea fue sugerida en la televisión, la Asociación Dental Americana pensó que era una excelente oportunidad para que los odontólogos adoptaran este patrón¹. Por otra parte, se ha mencionado que este intervalo proviene de la publicidad de pastas dentales alrededor del año 1940².

Existe también otro antecedente acerca del tema, se dice que nace en 1892, durante una conferencia acerca de la importancia del fluoruro en relación con la caries dental impartida a los dentistas de Cambridge por Sir James Crichton-Browne, en la cual recomendó la realización de exámenes dentales por profesionales calificados dos veces al año³.

Cualquiera que sea el origen de la programación de las visitas al consultorio dental cada seis meses, es necesario saber el fundamento de este enunciado, por lo que es importante conocer el tiempo aproximado de desarrollo de las enfermedades bucales más comunes⁴ como la caries y las enfermedades periodontales y más aún, también resulta de interés identificar cuales son los conocimientos de los odontólogos respecto al intervalo de visitas por parte del

paciente, por lo que el propósito del presente estudio es identificar los conocimientos actuales que se tienen respecto al motivo por el cual se deben programar las visitas al consultorio cada seis meses.

MARCO TEÓRICO

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD: CARIES

La caries es una de las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en la población, y continúa manteniéndose como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial ^{4,5}.

Ha sido definida como una enfermedad infecciosa y transmisible que produce destrucción localizada de los tejidos duros del diente mediante acción bacteriana por lo que se considera como la descomposición molecular de los tejidos duros del diente, lo cual involucra un proceso histoquímico y bacteriano que termina con la descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y la desintegración de su matriz orgánica⁵. Sin embargo se reconoce que es una enfermedad multifactorial asociada a la interrelación de:

- **Huésped:** Cuyas características de interés corresponden a la cantidad y calidad de la saliva y a las características morfológicas de los dientes, por ejemplo, a las fosetas y fisuras en los dientes posteriores.
- **Microflora:** La placa dentobacteriana es una biopelícula que se define como una comunidad microbiana diversa que se encuentra en la superficie dental embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival⁶, las bacterias acidogénicas provenientes de la placa dentobacteriana colonizan la superficie del diente.
- **Dieta:** Los carbohidratos fermentables que son ingeridos en la dieta son utilizados por la microflora de la cavidad bucal, produciendo, como resultado de su metabolismo, ácidos que afectaran la superficie del diente.
- **Tiempo:** El contacto frecuente y prolongado del diente con las sustancias cariogénicas, así como la exposición a ácidos inorgánicos producidos por las bacterias de la placa dental, favorecen la disminución del pH y

determinan la agresividad y la velocidad de progresión de la lesión cariosa.⁷

El proceso de caries es iniciado por la fermentación bacteriana de los carbohidratos consumidos en la dieta, lo que produce la formación de ácidos orgánicos, principalmente el ácido láctico, y por consecuencia la disminución del pH. Inicialmente, los iones H_+ son neutralizados por los sistemas buffer existentes en la saliva; estos iones reaccionan con los iones OH^- y PO_3 para formar H_2O y HPO_{2+} . Cuando el pH alcanza un valor crítico de 5.5, comienza la disolución de la superficie mineralizada⁷.

La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la subsuperficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones calcio y fosfato, así como el transporte hasta el medio ambiente circundante. El proceso de caries consiste en periodos alternados de disolución y reparación por medio de la saliva^{8,9}, que tiene la posibilidad de remineralizar las lesiones tempranas. Por lo tanto, la caries no destruye al diente en días o semanas, sino más bien en meses y hasta en años⁸.

Se ha reportado que la progresión de una lesión cariosa, desde la parte más exterior hasta la más interior del esmalte, es muy lenta y puede tardar de tres a cuatro años para su avance, sin embargo, una vez que la lesión llega a la unión esmalte-dentina tiene una velocidad de progresión cuatro veces más rápida.⁹

Ha sido establecido que la caries que abarca únicamente el esmalte del diente afectado sin haber producido una cavidad cariosa, puede ser mantenida en un periodo de control y observación, en el cual el paciente debe enfatizar las técnicas de higiene. Una vez que la lesión ha progresado hasta la dentina, debe ser restaurada por el odontólogo.¹⁰

Factores de riesgo

Las lesiones por caries suelen ser iniciadas en momentos específicos para cada grupo de edad, tanto en la niñez como en la edad adulta. En los niños, el periodo de riesgo para el inicio de la caries es durante la erupción de los molares permanentes y durante el periodo de mineralización secundaria del esmalte, el cual es completado dos años después de la erupción. En los adultos, el riesgo de padecer caries radicular aumenta conforme lo hace la edad.⁷

La adolescencia y la infancia son periodos donde la caries oclusal es de mayor prevalencia y a partir de la edad adulta, se ha reportado un predominio de caries interproximal.⁹

Se ha publicado⁷ que los niños cuyos padres presentan los siguientes factores tienen 32 veces más riesgo de padecer caries que aquellos que no los presentan:

- Higiene bucal escasa.
- Malos hábitos alimenticios (dieta alta en carbohidratos).
- Presencia de *Streptococos Mutans*.
- Exposición baja o nula a fluoruros.
- Bajo nivel educacional.

En niños de uno a tres años el sistema inmunológico, específicamente las inmunoglobulinas en la saliva, no presentan una madurez adecuada, por lo que una escasa higiene bucal favorecerá el establecimiento de una microflora cariogénica.¹¹

Alrededor de los seis años de edad puede observarse que en los molares parcialmente erupcionados hay una acumulación importante de placa en las superficies oclusales, a diferencia de los molares totalmente erupcionados en los cuales la fuerza de la masticación disminuye la acumulación de placa en la cara oclusal. Esto puede ser observado en el primer y segundo molar cuyo periodo de erupción suele ser muy largo, en ocasiones puede ir de 14 a 18 meses. En estos dientes la caries es más frecuente en comparación con los

premolares cuyo periodo de erupción es más breve, y puede ir de uno a dos meses.⁷

En el grupo etario de entre once y 14 años de edad pueden encontrar mayor número de superficies dentales con riesgo de padecer caries, debido a la erupción del segundo molar permanente y la presencia del primer molar permanente.

Otro grupo de riesgo es el de los adultos entre 19 y 22 años de edad debido a la erupción del tercer molar que puede presentar una función masticatoria inadecuada y en el cual pueden encontrarse surcos, fosetas y fisuras altamente susceptibles a caries.

En pacientes de edad adulta podemos encontrar un grupo de riesgo importante ya que la mayoría de ellos presentan restauraciones múltiples con márgenes inadecuados que retienen placa dentobacteriana, además de raíces expuestas debido a periodontitis. El uso de algunos medicamentos que disminuyen el flujo salival, la disminución de la higiene bucal y los malos hábitos alimenticios favorecen el riesgo de padecer caries secundaria y caries radicular.⁸

Otros grupos de riesgo para el desarrollo de caries son:

- Personas cuyo trabajo requiere una ingesta de comida constante.
- Personas obesas (con un índice de masa corporal mayor o igual a 30).
- Personas que abusan de las drogas sociales (por ejemplo, el tabaco).
- Personas con enfermedades sistémicas.
- Mujeres embarazadas.
- Personas con desórdenes psiquiátricos.
- Personas con función salival disminuida.
- Personas inmunológicamente débiles.
- Personas de escolaridad baja.
- Personas que habitan en zonas rurales.⁷

La presencia de *Streptococcus mutans*, el cual es el microorganismo relacionado con el inicio de la actividad de caries. La interpretación se realiza por densidad de crecimiento en VFC/ml de saliva: bajo riesgo < 100,000 VFC/ml y alto riesgo > 1,000, 000 VFC/ml. La presencia de lactobacilos, los cuales están relacionados con la progresión de la lesión cariosa y con la elevada ingestión de carbohidratos también se consideran un factor de riesgo. Los resultados se interpretan como unidades formadoras de colonia por milímetros de saliva (VFC/ml): bajo riesgo < 1000 VFC/ml y alto riesgo > 10,000 VFC/ml.¹²

La experiencia anterior de caries en personas no afectadas por caries, se traduce en mayor probabilidad de seguir desarrollando la enfermedad y aumentar riesgos de severidad de las lesiones. Cuando está afectada la capacidad de incorporación mineral a un diente recién erupcionado o la capacidad de reincorporación mineral al esmalte desmineralizado, la desmineralización progresa y se favorece el proceso de caries.¹¹

La dieta cariogénica es uno de los principales factores promotores de caries; se deben considerar varios puntos como el contenido de azúcar, características físicas del alimento, solubilidad, retención, capacidad para estimular el flujo salival y cambios químicos en la saliva, la textura, la frecuencia y horario de su consumo y tiempo de permanencia en la boca. La mala higiene bucal permite la acumulación de la placa dentobacteriana, lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores facilitando el proceso de fermentación y la elevación del riesgo a caries.⁶

La baja capacidad salival para detener la caída del pH y restablecerlo incrementa la posibilidad de desmineralización de los tejidos dentales. La xerostomía esta asociada a disminución de las funciones protectoras de la saliva, lo que promueve la desmineralización, aumento del número de microorganismos cariogénicos e incremento del riesgo a caries dental. La saliva viscosa es menos efectiva en la disolución de los carbohidratos, favoreciendo la desmineralización. Las personas que presentan enfermedad periodontal o secuelas de esta, tienen mayor riesgo a caries radicular. La

recesión gingival al dejar expuesta la unión cemento-esmalte, crea condiciones para la acumulación de la placa dentobacteriana.¹²

La lactancia con biberón que desarrolla lesiones cariosas por la presencia en la boca durante periodos de tiempo prolongados en las horas de sueño, un biberón que contiene leche u otros líquidos azucarados.¹¹

El bajo nivel de ingresos, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de los servicios de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas; se asocian a mayor probabilidad de aparición de caries.^{4,13}

ENFERMEDADES PERIODONTALES

Las enfermedades periodontales se incluyen dentro de las enfermedades crónicas multifactoriales, donde la capacidad reducida del huésped trae como resultado la aparición de alteraciones en el periodonto, que se expresan desde una discreta inflamación gingival hasta la pérdida de hueso de la cresta alveolar.^{14,15} El término enfermedades periodontales engloba la gingivitis y la periodontitis.

La gingivitis es la condición inicial y reversible que consiste en inflamación de la encía que rodea al diente, observándose clínicamente un aspecto brillante, edematoso y rojizo; la característica principal es el sangrado ante el estímulo leve. La periodontitis es una condición inflamatoria progresiva que destruye las fibras del ligamento periodontal y el hueso alveolar y puede ocasionar la pérdida dental. Aunque la gingivitis suele preceder a la periodontitis, no todas las gingivitis progresan a periodontitis.¹⁴

Las reacciones inflamatorias e inmunitarias frente a la placa microbiana constituyen los rasgos predominantes de la gingivitis y periodontitis. Los procesos inflamatorios e inmunes actúan en los tejidos gingivales para protegerlos contra el ataque microbiano y evitan que los microorganismos se extiendan o invadan los tejidos. Así, los procesos defensivos pueden

paradójicamente ser los responsables de gran parte de la lesión tisular observada en la gingivitis y periodontitis. Los microorganismos comienzan a colonizar rápidamente las superficies dentarias limpias, cuando el individuo se abstiene de la limpieza dentaria; en pocos días se visualizan signos clínicos y microscópicos de gingivitis. Estas alteraciones inflamatorias se revierten cuando se reanudan las medidas de higiene dentaria correctas. Si sucede lo contrario, las lesiones pueden extenderse a porciones más profundas del periodonto ocasionando la pérdida de inserción y se establece la periodontitis. Dentro de los 10 a 20 días de acumulación de placa se establecen signos de gingivitis, que se presenta con un enrojecimiento de las encías, tumefacción y tendencia incrementada del tejido blando a sangrar ante un suave sondeo. Aun en esta etapa, los signos clínicos son reversibles después de la eliminación de placa microbiana con medidas de control eficaces.¹⁶

La gingivitis resultará de la acumulación de placa suficiente como para que los productos microbianos inicien una respuesta inflamatoria sustancial. Esta respuesta puede ser modificada por hormonas como en el caso de la pubertad y el embarazo (con el resultado de la encía edematosa o hipertrofiada o ambas) o por fármacos, como fenitoína, ciclosporina o nifedipina (fármacos que inducen la hipertrofia gingival).¹⁴

La gingivitis puede persistir durante años sin pérdida apreciable de inserción periodontal, destrucción del ligamento periodontal o evidencia de pérdida ósea. Ciertas personas generan una periodontitis a partir de una lesión de gingivitis, mientras que otras se mantienen resistentes y no muestran evolución hacia periodontitis. El punto de vista actual respecto a las enfermedades periodontales establece que están relacionadas al sujeto, pocas son las personas que experimentan una destrucción periodontal avanzada que afecta a varios dientes. La progresión de la enfermedad se da de manera continua con periodos breves de exacerbación y remisión localizados.¹⁷

Se ha reportado¹⁵ que las etapas por las que los tejidos periodontales atraviesan durante la patogenia de las enfermedades periodontales son las siguientes:

Encía normal

La encía clínicamente sana se caracteriza por una consistencia firme y un color que va a depender de la tez de la persona, en personas de piel blanca se observa un color rosado y en personas de piel morena se observan manchas melánicas en la superficie gingival. El margen gingival tiene un contorno festoneado. Las papilas dentarias llenan el espacio por debajo de las áreas de contacto. La encía tiene un aspecto punteado y el margen es como el borde de un cuchillo entre el diente y el tejido blando.

La encía sana normal tiene entre sus características un infiltrado de células inflamatorias, predominantemente neutrófilos asociados al epitelio de unión y linfocitos en el tejido conectivo subyacente.

La encía clínicamente sana parece responder a los desafíos microbianos sin avanzar a un estado de enfermedad probablemente a causa de varios factores defensivos que son:

- El efecto antimicrobiano de los anticuerpos.
- La función fagocitaria de los neutrófilos y macrófagos.
- El efecto perjudicial del sistema de complemento sobre los microorganismos.
- La descamación regular de las células epiteliales de la cavidad bucal.
- El fluido crevicular que puede eliminar los microorganismos y los productos nocivos.

Todos estos factores pueden actuar al mismo tiempo para reducir la carga microbiana y así prevenir una respuesta excesiva de los sistemas de defensa de los tejidos que podría conducir a la formación de una lesión.

Lesión inicial

Se produce inflamación rápidamente en cuanto se deposita placa en el diente. En 24 horas son evidentes los cambios y a los 2-4 días de la acumulación de placa la respuesta celular se encuentra bien establecida.

- Dilatación de las arteriolas, capilares y vénulas.
- Incremento de la permeabilidad del lecho vascular, de modo que se exudan líquidos y proteínas (anticuerpos, sistema de complemento) hacia los tejidos.
- Aumento del fluido crevicular.
- Migración leucocitaria hacia el surco gingival.

Gingivitis temprana (Lesión gingival temprana o precoz)

Se produce aproximadamente siete días después de la acumulación de placa. Solo se puede dar una aproximación de tiempo, pues existe una variación acentuada entre distintos seres humanos debida a la diferencia en la retención de placa o en factores sistémicos como los niveles hormonales.

- Los vasos sanguíneos por debajo del epitelio de unión permanecen dilatados.
- Migración predominante de linfocitos y neutrófilos hacia el surco gingival.
- Proliferación de células del epitelio de unión.
- Degeneración y apoptosis de los fibroblastos.
- Destrucción del colágeno del área infiltrada como medio de creación de espacios.
- Alteraciones inflamatorias apreciables clínicamente.

Gingivitis establecida (Lesión gingival establecida)

No se puede establecer de manera precisa el tiempo en que se produce la lesión establecida, puede apreciarse después de cuatro semanas de la acumulación de placa o incluso hasta seis meses después. Parecen existir dos tipos de lesión establecida, uno se mantiene estable y no progresa por meses o años, mientras que el segundo se hace más activo y rápidamente se convierte en lesiones periodontales destructivas.

- Grandes cantidades de plasmocitos situados en el tejido conectivo y en torno de los vasos sanguíneos.
- La pérdida de colágeno continúa en direcciones apical y lateral al expandirse el infiltrado celular inflamatorio.

- Las células del epitelio de unión continúan proliferando.
- Migración de neutrófilos hacia el epitelio de unión.
- Permeabilidad aumentada del epitelio de unión.

Periodontitis (Lesión periodontal/gingival avanzada)

La placa continúa su crecimiento en su espesor y florece en su nicho ecológico anaerobio.

- Formación de bolsas periodontales: migración apical del epitelio de unión desde el límite cemento-esmalte.
- El infiltrado de células inflamatorias se extiende lateralmente y más apicalmente en el tejido conectivo.
- Pérdida de hueso alveolar.
- El daño a las fibras del ligamento periodontal es amplio.

ANTECEDENTES

EVIDENCIA CIENTIFICA ACTUAL RESPECTO A LA FRECUENCIA DE VISITAS AL DENTISTA

El intervalo de visitas al consultorio dental es un tema polémico, se habla de la existencia de desventajas en cuanto a alargar el intervalo de visitas al consultorio dental, ya que los tratamientos lejos de ser preventivos caerán en restaurativos al haber destrucciones dentales mas grandes originadas por caries y un mayor número de extracciones, además de que no habrá oportunidad de detener el proceso de enfermedad periodontal al no poder enfatizar en el paciente la importancia de una adecuada higiene bucal. Se sabe también que las ventajas de alargar el periodo entre cada visita al consultorio es la reducción de costos para el paciente y para los sistemas de salud, así como la reducción de tratamientos inapropiados¹⁸.

Se ha reportado que el grupo de personas que asisten al dentista solamente cuando tienen algún problema dental tienen en promedio un diente menos que aquellas que asisten a un chequeo regular; además de que tienen dos veces más caries¹⁹.

Algunos autores¹⁹⁻²¹ coinciden que el sexo femenino en comparación con el sexo masculino acude con mayor frecuencia a chequeos dentales de rutina, excepto los hombres mayores de 75 años que acuden con mayor frecuencia en comparación con mujeres del mismo grupo de edad¹⁹.

Existe controversia en cuanto al grupo de población, según la edad, que acude con mayor frecuencia al consultorio dental a revisiones de rutina, se ha reportado²¹ que el grupo que más acude son los individuos menores de 14 años y mayores de 50 años; en cambio también se ha publicado²⁰ que el grupo de personas que más acudían al dentista fueron las que se encontraban entre 46 y 55 años.

En contraparte, se reporta que las personas que menos asisten a revisiones dentales en cuanto a edad son las personas mayores de 66 años²⁰ y el grupo de 16 a 24 años¹⁹ y en cuanto a la ocupación, los trabajadores de oficina son los que menos acuden²¹.

En un estudio²⁰ realizado en Inglaterra, se encontró un incremento en las visitas dentales de rutina de 1991 a 2001 en las instituciones privadas, más que en las públicas. Esta información puede ser evidencia de que existe una relación entre el nivel socioeconómico y la frecuencia de visitas al consultorio dental; en este punto se encuentra controversia, ya que se ha reportado²¹ que las personas estarían dispuestas a pagar menos de 20 dólares por un examen bucal de rutina; y sin embargo, no hubo relación estadística significativa entre el ingreso mensual familiar y el pago de cierta cuota.

En los países en desarrollo donde se observa que existe mala nutrición en la población y hay una exposición moderada a la ingesta de azúcares, existen mayores niveles de caries que los encontrados en países desarrollados⁴. Las enfermedades bucales muestran un gradiente social de importancia, es decir, entre mayor es el nivel socioeconómico, la frecuencia de padecimientos bucales más comunes es menor. Se ha publicado¹³ que la población de nivel socioeconómico mayor tiene la posibilidad de acudir con más frecuencia a chequeos dentales aun cuando no tengan ningún síntoma y podría pensarse que por tal motivo tienen menor prevalencia de enfermedades bucales en comparación con la población de niveles socioeconómicos más bajos. Sin embargo, esto puede ser solamente otro fenómeno de clases sociales, ya que podría ser que estos padecimientos se encuentren disminuidos simplemente por el estilo de vida, el acceso a productos de higiene, la comida y los servicios; y no así por la efectividad de la odontología preventiva realizada al visitar al cirujano dentista cada cierto tiempo.

De igual forma, la literatura menciona las razones por las cuales los pacientes no acuden regularmente a revisiones dentales, encontrándose como una de las razones principales la disponibilidad de tiempo²¹, por lo que se sugiere que los consultorios estén disponibles durante los fines de semana y con horarios de

atención más amplios. También fueron reportadas como razones principales el miedo y ansiedad, costo y los aspectos organizacionales de ir al dentista¹⁹. Los pacientes quieren saber que tratamientos está realizando o realizará el dentista y porque, refiriéndose específicamente a los procedimientos operativos más que al plan de tratamiento en general; esto reduciría en gran medida el miedo y la ansiedad hacia las visitas al consultorio dental¹⁹.

Los servicios dentales han cambiado gradualmente de sólo tratar la caries dental al establecimiento de programas preventivos y motivar al paciente a que acuda a exámenes dentales rutinarios. Por lo que considerando el incremento actual de la importancia de la odontología preventiva, se ha establecido que es preferible prevenir el inicio de cualquier enfermedad bucal valorando los factores de riesgo de manera individual en cada paciente para cualquier enfermedad bucal y así poder adaptar el tiempo entre cada visita al consultorio dental según estos resultados²¹. De esta manera, los odontólogos podrían seleccionar individuos de bajo riesgo o alto riesgo de padecer cierta enfermedad para poder ampliar o reducir el intervalo entre chequeos dentales, sin importar si estos fueran cada tres o cada doce meses.

Se ha establecido que el intervalo más corto que debe transcurrir entre cada revisión bucal para cualquier paciente es de tres meses, el intervalo más largo en pacientes menores de 18 años debe ser de doce meses y el intervalo más largo que debe pasar en pacientes mayores de 18 años entre cada revisión dental es de 24 meses²². El cirujano dentista debe discutir este intervalo con el paciente, y este intervalo debe revisarse en cada cita para verificar que siga siendo válido para cada paciente.

Se ha publicado que el 38% de las lesiones tempranas producidas por caries llegarán a afectar la dentina en un periodo de tres años, concluyendo que los pacientes se beneficiarían más con un intervalo entre cada chequeo dental de 13 a 120 meses; además de que no puede obtenerse un periodo tan específico entre cada visita al consultorio dental, debido a que algunos odontólogos son mejores que otros reconociendo la presencia de algún padecimiento en etapas

tempranas y algo aún más importante, que el avance de la enfermedad es inmensamente variable entre cada individuo¹³.

Un punto importante a resaltar es acerca de los procedimientos que deben ser realizados en cada revisión bucal, se menciona que no existe evidencia acerca de que una profilaxis ayude a la detección temprana de alguna alteración o patología bucodental. Ha sido establecido que la mejor manera de realizar una detección oportuna de alguna enfermedad bucal es mejor la realización de exámenes radiográficos²².

Se ha publicado que la relación entre la incidencia de caries, enfermedad periodontal y cáncer con relación al número de visitas al dentista era neutral, es decir, que no había asociación entre el resultado y la frecuencia de los chequeos dentales. En algunos casos se obtuvieron resultados positivos, es decir, que hubo un incremento estadístico en relación con la disminución del número de visitas; pero también en algunos casos los resultados fueron negativos, lo que significa que hubo una disminución estadística con la disminución del número de visitas¹⁸.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que existe controversia acerca del intervalo actualmente recomendado para la realización de chequeos bucales de rutina cada seis meses es de gran importancia hacer de nuestro conocimiento las bases científicas y teóricas que apoyen o rechacen este punto.

La publicidad a través de los diferentes medios de comunicación, principalmente de las pastas dentales, recomienda visitar al odontólogo cada seis meses. Es importante valorar si esto es meramente publicidad o si existe evidencia suficiente para poder establecer este periodo de tiempo como un intervalo válido entre revisiones dentales de rutina para así poder aplicarlo a la consulta dental.

Así también, resulta de particular interés saber que conocimiento tienen y cuales son las recomendaciones de los profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM acerca de las visitas para revisión de rutina al consultorio dental.

El riesgo para el desarrollo de caries es significativamente variado para los diferentes grupos de edad, para cada órgano dentario e incluso para cada superficie en un mismo diente, por lo que las medidas preventivas para la caries deben estar encaminadas hacia predecir el riesgo de manera individual.⁷

No existe evidencia para elaborar conclusiones acerca de los efectos benéficos o dañinos de los exámenes dentales de rutina cada cierto tiempo, sin embargo, esta información también es manejada por la mayoría de los odontólogos que la transmiten a manera de recomendación a los pacientes. De ahí, que surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el conocimiento actual entre los profesores de la Facultad de Odontología respecto al motivo por el cual se recomiendan las visitas dentales de rutina cada seis meses a los pacientes?

JUSTIFICACIÓN

El establecimiento de un periodo de revisión adecuado permitirá llevar a cabo una odontología basada en la filosofía preventiva, lo cual llevará a que los odontólogos puedan realizar una detección temprana y así mismo el tratamiento oportuno de las patologías bucodentales, esto a su vez aminorará el costo de los procedimientos y reducirá el tiempo que tendría que dedicarse al paciente en el consultorio dental.

Los resultados del presente trabajo permitirán verificar el nivel de conocimientos al respecto y la inclusión de este contenido como parte de la educación continua recibida por el odontólogo que permita desechar ideas falsas al respecto, y que puedan hacer posible el hecho de incorporar el nuevo conocimiento a su práctica clínica, de esta manera puede a su vez ser educado el paciente en cuanto a buscar atención no únicamente cuando ya la necesita por dolor o molestia.

Al instaurar un intervalo entre visitas dentales de rutina puede hacerse una mejor planificación de los servicios de salud a nivel masivo, tanto en el sector privado como público, lo que permitirá el ahorro de los recursos materiales que son utilizados para la atención bucodental y posteriormente una mejora en la calidad de la atención. La información derivada de este trabajo permitirá llevar a cabo una mejor planificación de los servicios odontológicos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar los conocimientos que poseen los profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM, respecto al motivo por el cual se deben programar las visitas al consultorio cada seis meses.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si existe diferencia en los conocimientos que poseen los profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM, respecto al motivo por el cual se deben programar las visitas al consultorio cada seis meses por grupo de edad y sexo.
- Identificar si existe diferencia en los conocimientos que posee una muestra de odontólogos de la Facultad de Odontología respecto al motivo por el cual se deben programar las visitas al consultorio cada seis meses de acuerdo a la rama clínica en la que se desarrolla.
- Identificar si existe diferencia en los conocimientos que posee una muestra de odontólogos de la Facultad de Odontología respecto al motivo por el cual se deben programar las visitas al consultorio cada seis meses de acuerdo al conocimiento de la frecuencia recomendada por la publicidad.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Aproximadamente 600 profesores adscritos a la planta docente de la Facultad de Odontología de la UNAM, durante el año 2007.

Se llevó a cabo un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Todos los profesores inscritos en la planta docente de la Facultad de Odontología de la UNAM durante el periodo 2007.

Criterios de exclusión:

- Profesores que no desearon participar en el estudio.

VARIABLES:

Grado máximo de estudios: Realización de estudios de posgrado enfocados a una rama odontológica acerca de la cual se poseen conocimientos y habilidades muy específicas. La información se obtendrá en forma directa a través de interrogatorio, registrándose como: Periodoncia, Ortodoncia, Salud Pública, Endodoncia, Odontopediatría, Prótesis, Cirugía, Patología Bucal, Otra, Maestría y Doctorado.

Edad: Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual. La información se obtendrá en forma directa a través de interrogatorio, registrándose de acuerdo a lo reportado por el entrevistado en años.

Práctica clínica: Realización cotidiana de actividades en el consultorio dental dirigidas al mejoramiento de la salud bucal del paciente. La información se obtendrá directamente a través de interrogatorio registrándose como: Sí o No.

Sexo: Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer. La información se obtendrá de manera directa, registrándose en el cuestionario como: Masculino o Femenino.

Conocimiento respecto a la frecuencia de visitas al dentista: Es la comprensión o el saber basado en evidencia científica o empírica acerca la frecuencia con que el paciente debe realizar visitas de rutina al consultorio dental. La información se obtendrá de forma directa a través de interrogatorio por escrito realizando las siguientes preguntas:

- ¿Conoce usted la frecuencia de visitas de rutina al dentista recomendada por la publicidad? La información se registrará como 1) Cada seis meses, 2) Una vez al año y 3) No lo sé.
- ¿Conoce usted si la publicidad tiene bases científicas para recomendar cierto intervalo entre las visitas de rutina al consultorio dental? La información se registrará como 1) No lo sé, 2) No las tiene y 3) Sí las tiene.

Motivos de la frecuencia de visitas al dentista: Causas que mueven al odontólogo a recomendar las visitas al consultorio dental cada cierto tiempo. La información se obtendrá de forma directa a través de interrogatorio por escrito realizando las siguientes preguntas:

- ¿Por qué motivo se dice que un paciente debe acudir mínimo dos veces a revisión dental profesional (marque dos opciones)? Las dos opciones serán registradas como: 1) Únicamente para la realización de un chequeo bucodental, 2) Para tener un control en la aparición de enfermedades bucodentales, 3) Para controlar la evolución de los tratamientos que ya fueron realizados, 4) Por que es el tiempo en el cual las enfermedades de mayor prevalencia pueden tener recidiva, 5) Por cuestiones de mercadotecnia exclusivamente y 7) No lo sé.

- ¿Conoce de literatura que recomiende algún intervalo específico entre las visitas de rutina al consultorio dental? Las respuestas serán registradas como: 1) No y 2) Sí
- Si su respuesta es afirmativa, ¿podría señalar en que tipo de literatura? Las respuestas se registrarán como: 1) Artículos, 2) Libros y 3) Otra (abierta).

Frecuencia recomendada: Número de periodos cada cierto tiempo que se repite el evento de la visita de rutina al consultorio dental. La información se obtendrá de forma directa a través de interrogatorio por escrito realizando las siguientes preguntas:

- ¿Cada cuanto tiempo recomienda a sus pacientes las visitas al consultorio dental? Las respuestas serán registradas como: 1) Cada seis meses, 2) Una vez al año y 3) En un periodo mayor a un año.
- ¿En base a qué criterio establece usted el tiempo en el cual tiene que regresar un paciente a un chequeo preventivo después de su alta temporal (marque dos opciones)? Las opciones serán registradas como: 1) Por sus antecedentes de enfermedades bucodentales, 2) En base a su situación económica, 3) Por los tratamientos que ya fueron realizados, 4) En base a la presencia o ausencia de factores de riesgo como los hábitos alimenticios o la higiene y 5) Otra (abierta).
- ¿Tiene algún programa establecido de seguimiento para el paciente después de su alta temporal? Las respuestas se registrarán como: 1) No lo tengo y 2) Sí lo tengo.
- Si es así, ¿en base a qué lo establece? Será planteada como pregunta abierta.

Conocimiento sobre el tiempo de desarrollo de caries: Es la comprensión o el saber basado en evidencia científica o empírica acerca de la historia natural de la enfermedad de caries. La información se obtendrá de forma directa mediante interrogatorio escrito realizando las siguientes preguntas:

- ¿Sabe en cuánto tiempo se desarrolla una lesión cariosa? Las respuestas se registrarán como 1) En un periodo de seis meses o

menor, 2) En un periodo de seis meses a un año y 3) En un periodo mayor a un año.

- ¿Considera que un intervalo de seis meses entre cada visita de rutina al odontólogo tiene repercusión directa sobre la evolución de la caries? Las respuestas serán registradas como 1) Si, 2) No y 3) No lo sé.
- ¿Por qué motivos? Será planteada como pregunta abierta.
- ¿De qué factores depende el desarrollo de una lesión cariosa? Será planteada como pregunta abierta.

Conocimiento sobre el tiempo de desarrollo de la enfermedad

periodontal: Es la comprensión o el saber basado en evidencia científica o empírica acerca de la historia natural de la enfermedad periodontal. La información se obtendrá de forma directa mediante interrogatorio escrito realizando las siguientes preguntas:

- ¿Sabe en cuánto tiempo se desarrolla la periodontitis? Las respuestas se registrarán como 1) En un periodo de seis meses o menor, 2) En un periodo de seis meses a un año y 3) En un periodo mayor a un año.
- ¿Considera que un intervalo de seis meses entre cada visita de rutina al odontólogo tiene repercusión directa sobre la evolución de la enfermedad periodontal? Las respuestas serán registradas como 1) Si, 2) No y 3) No lo sé.
- ¿Por qué motivos? Será planteada como pregunta abierta.
- ¿De qué factores depende el desarrollo de la periodontitis? Será planteada como pregunta abierta.

Asistencia de pacientes por edad y sexo:

Percepción por parte de los profesores entrevistados acerca de los pacientes que más acuden a revisiones dentales de rutina cada seis meses, según grupos de edad y sexo. La información se obtendrá de forma directa mediante interrogatorio escrito realizando las siguientes preguntas:

- ¿En que grupo de edad considera que se encuentran los pacientes que mas acuden a revisiones dentales de rutina una vez que fueron dados de alta? Las respuestas serán registradas como 1) Menores de 12 años,

2) De 13 a 20 años, 3) De 21 a 35 años, 4) De 36 a 50 años, 5) De 51 a 65 años y 5) Mayores de 66 años.

- ¿De que sexo son los pacientes que considera acuden con más frecuencia a revisiones dentales de rutina una vez que fueron dados de alta? Las respuestas se registrarán como 1) Masculino, 2) Femenino o 3) Ambos.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa autorización y aprobación del protocolo de investigación se aplicó un cuestionario (*ver ANEXO 1*) a los profesores de la Facultad de Odontología de la UNAM. Este cuestionario fue de autoaplicación, con la finalidad de recabar la mayor información posible. Dichos cuestionarios, se respondieron en el área de Pagaduría durante los días de quincena.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos fueron vaciados a una base de datos Dbase-5.0 y posteriormente analizados en SPSS 13.

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables como son edad, sexo, práctica clínica y especialidad, así como de los conocimientos que tiene respecto a las visitas semestrales, motivos de la frecuencia de visitas al dentista y frecuencia recomendada en la práctica clínica.

Para comparar los conocimientos de los profesores respecto a las visitas semestrales por edad, sexo, práctica clínica, se realizó una prueba de X^2 .

CONSIDERACIONES ÉTICAS

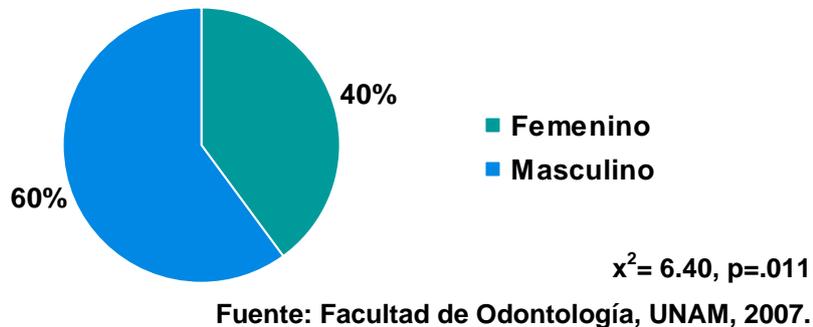
En razón a que se realizó un estudio de tipo descriptivo recabando la información a través de un cuestionario, a cada profesor se le informó de los objetivos de manera verbal invitándolo a participar en el estudio de manera confidencial.

RESULTADOS

Se entregó el cuestionario a 210 profesores, de los cuales 50 no completaron o no regresaron el cuestionario, por lo que se obtuvo una tasa de no respuesta de 23.8%. De los 160 profesores entrevistados la media de edad corresponde a 43.39 ± 10.11 años, el 60% de los profesores pertenecía al sexo masculino y el 40% al sexo femenino. Se observó una diferencia estadística significativa por sexo ($\chi^2 = 6.40$, $p = .011$). Gráfica 1.

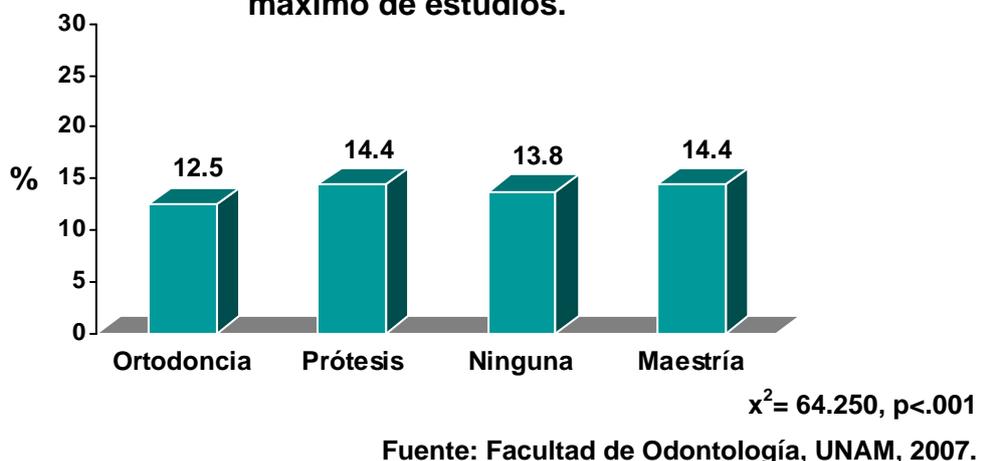
La media de edad para el sexo masculino corresponde a 47.3 ± 9.58 años y para el sexo femenino 39.91 ± 9.24 años.

Gráfica 1. Distribución de la población entrevistada de acuerdo al sexo.



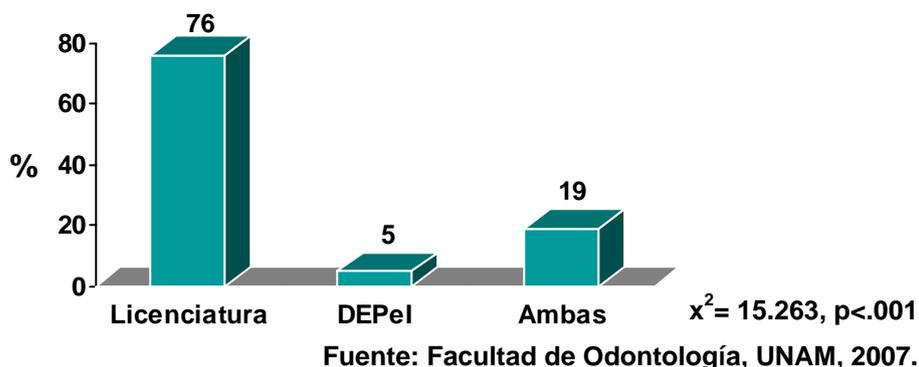
Respecto al grado máximo de estudios reportado por los entrevistados se observó que 14.4% tienen especialidad en prótesis, al igual que los que tienen estudios de maestría, mientras 12.5% tienen especialidad en ortodoncia. Cabe señalar que 13.8% de los entrevistados no cuentan con estudios de posgrado. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al grado máximo de estudios ($\chi^2 = 64.250$, $p < .001$). Gráfica 2.

Gráfica 2. Distribución de la población entrevistada de acuerdo al grado máximo de estudios.



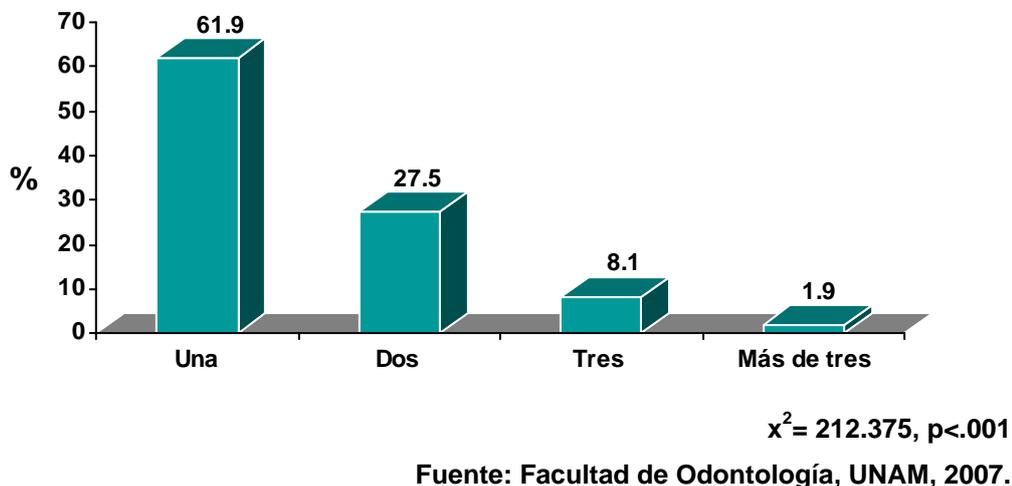
En relación a la dependencia en la cual los profesores entrevistados realizan sus actividades docentes, el 78.8% lo hace únicamente en Licenciatura, mientras el 16.9% tanto en Licenciatura como en la División de Estudios de Posgrado e Investigación y el 4.4% en ambas dependencias. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a la dependencia en donde los entrevistados imparten clases ($\chi^2= 15.263$, $p<.001$). Gráfica 3.

Gráfica 3. Distribución de acuerdo a la dependencia donde los profesores entrevistados imparten clases.



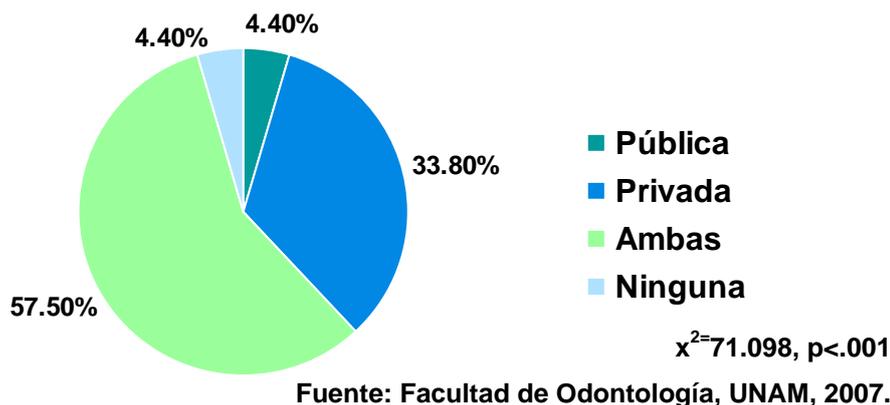
Respecto al número de asignaturas en las que los profesores entrevistados imparten clases, se observó que el 61.9% lo hace en una asignatura solamente, el 27.5% en dos asignaturas y el 8.1% en tres asignaturas. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al número asignaturas en las que los profesores entrevistados imparten clases ($\chi^2= 212.375$, $p<.001$). Gráfica 4.

Gráfica 4. Distribución de acuerdo al número de materias en donde los profesores entrevistados imparten clases.



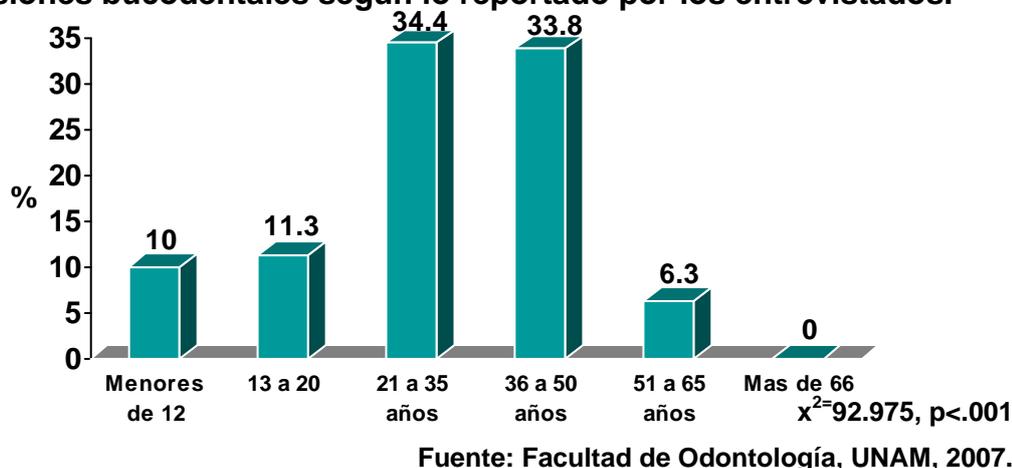
En cuanto al tipo de práctica clínica que los entrevistados llevan a cabo, se observó que el 57.8% realiza práctica pública y privada, el 33.8% solo tiene práctica privada, y el 4.4% no tiene práctica clínica. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al tipo de práctica clínica que los profesores entrevistados realizan ($\chi^2=71.098$, $p<.001$). Gráfica 5.

Gráfica 5. Distribución de acuerdo al tipo de práctica clínica de los entrevistados.



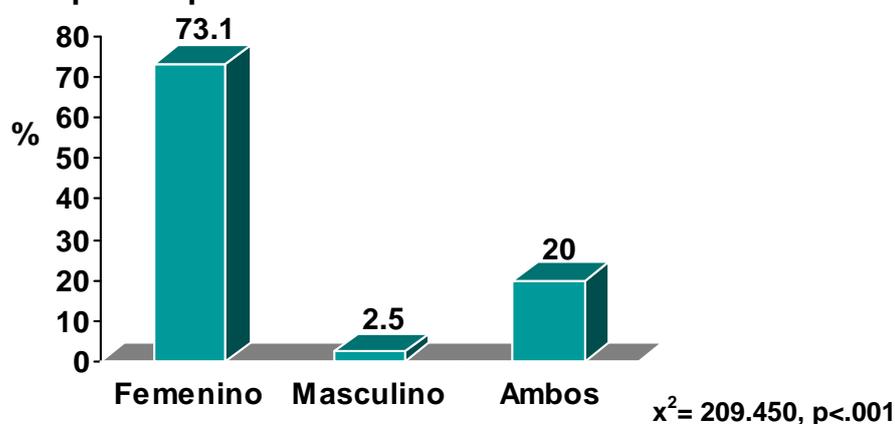
Con relación al grupo de edad que más acude a revisiones bucodentales de rutina, el 35% de los entrevistados reportó que el grupo de 21 a 35 años es el que más acude, el 33.8% reportó que el grupo de 36 a 50 años, mientras que el 10.6% contestó que los pacientes que mas asisten están en el grupo de 13 a 20 años. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al grupo de edad que más acude a revisiones bucodentales de rutina según lo reportado por los entrevistados ($\chi^2=92.975$, $p<.001$). Gráfica 6.

Gráfica 6. Distribución de acuerdo al grupo de edad que más acude a revisiones bucodentales según lo reportado por los entrevistados.



En cuanto al sexo de los pacientes que más acuden a revisiones dentales de rutina, según lo reportado por los profesores, el 73.1% de los entrevistados opina que el sexo femenino acude con mayor frecuencia, mientras que el 20% mencionó que ambos sexos acuden con la misma frecuencia. Se observó diferencia estadística significativa entre el sexo de los pacientes que más acuden a revisiones bucodentales de rutina según lo mencionado por los entrevistados ($\chi^2 = 209.450$, $p < .001$). Gráfica 7.

Gráfica 7. Distribución de acuerdo al sexo de los pacientes que más acuden a revisiones bucodentales de rutina de acuerdo a lo mencionado por los profesores entrevistados.



Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

Al preguntar a los entrevistados el periodo que recomiendan a sus pacientes entre cada visita de rutina al consultorio dental, se observó que el 84.4% de los profesores entrevistados sugiere que dichas visitas sean cada seis meses, mientras que el 11.3% las recomienda una vez al año. Se observó diferencia estadística significativa según el intervalo que los entrevistados recomiendan entre cada visita de rutina al consultorio dental ($\chi^2 = 188.713$, $p < .001$).

En cuanto al conocimiento respecto a la frecuencia recomendada por la publicidad para llevar a cabo visitas de rutina al consultorio dental, el 83.8% de los entrevistados mencionó que dicha recomendación es cada seis meses, el 11.3% contestó que es una vez al año, mientras el 5% no lo sabe. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al conocimiento respecto a la frecuencia recomendada por la publicidad ($\chi^2 = 183.950$, $p < .001$). Tabla 1.

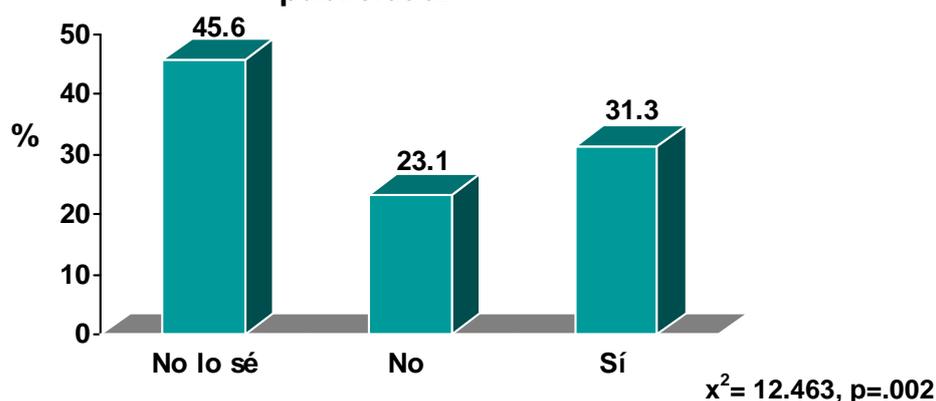
Tabla 1. Distribución de acuerdo al periodo que los entrevistados recomiendan y el conocimiento del periodo recomendado por la publicidad como intervalo entre cada visita de rutina al consultorio dental.

	Periodo recomendado por los profesores entrevistados	Conocimiento del periodo recomendado por la publicidad
Cada seis meses	84.4%	83.3%
Una vez al año	11.3%	11.3%
	$\chi^2= 188.713, p<.001$	$\chi^2= 183.950, p<.001$

Fuente: Facultad de Odontología UNAM, 2007.

Respecto al conocimiento de las bases científicas que posee la publicidad para hacer recomendaciones acerca del intervalo de tiempo entre cada cita para revisión bucodental de rutina, el 45.6% respondió no saber si dichas bases científicas existen, por otro lado, el 31.3% que las recomendaciones de la publicidad sí están basadas en evidencia científica y el 23.1% mencionó que dichas recomendaciones no tienen evidencia científica. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al conocimiento de las bases científicas de la publicidad para recomendar cierto intervalo entre visitas al consultorio dental ($\chi^2= 12.463, p=.002$). Gráfica 8.

Gráfica 8. Distribución de acuerdo al conocimiento de los entrevistados sobre las bases científicas de la frecuencia recomendada por la publicidad.

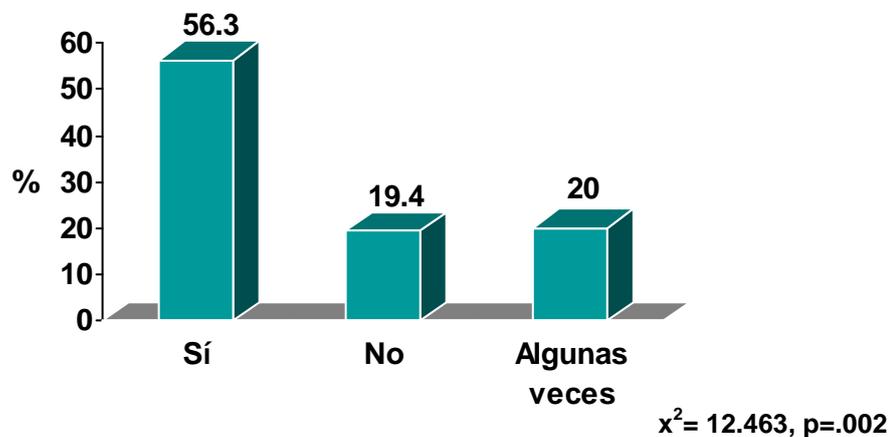


Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

Respecto a la realización de recordatorios telefónicos para llevar a cabo visitas de rutina para revisión bucodental, el 56.3% manifestó que si los realiza, el 20% los realiza en algunas ocasiones, mientras que el 19.4% no los realiza. Se

encontró diferencia estadística significativa de acuerdo a la realización de recordatorios telefónicos ($\chi^2= 93.350$, $p<.001$). Gráfica 9.

Gráfica 9. Distribución de acuerdo a la realización de recordatorios telefónicos.



Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

Los entrevistados mencionaron dos motivos principales por los cuales opinan que las revisiones de rutina deben ser cada seis meses, el primer motivo reportado por el 59.4% de los profesores es para tener un control en la aparición de las enfermedades bucodentales, seguido del 29.4% que respondió que debe ser para la realización de un chequeo bucodental como prevención para las enfermedades bucales mas comunes. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al primer motivo mencionado por el cual las visitas de rutina al consultorio dental deben ser cada seis meses ($\chi^2= 268.850$, $p<.001$).

En cuanto al segundo motivo reportado por el 50% de los entrevistados fue que deben realizarse para tener un control en los tratamientos ya realizados, seguido del 30.6% que respondió que se debe al tiempo en el cual las enfermedades bucales pueden reincidir. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al segundo motivo mencionado por el cual las revisiones de rutina deben ser cada seis meses ($\chi^2= 128.438$, $p<.001$). Tabla 2.

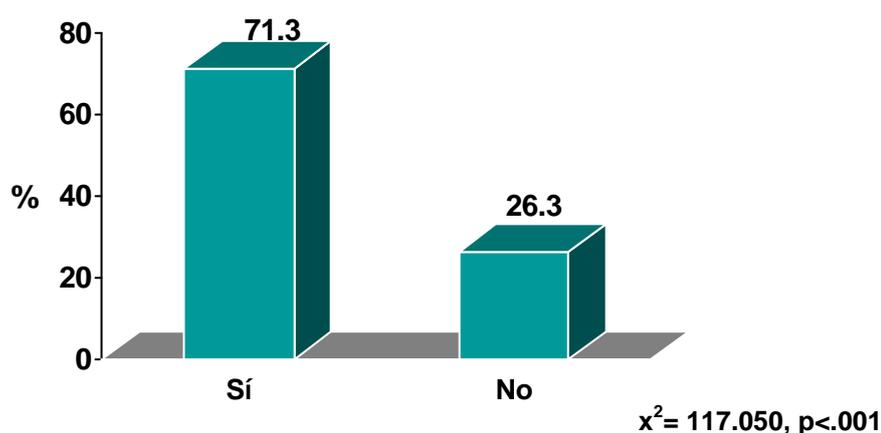
Tabla 2. Distribución de acuerdo a los motivos principales mencionados por los entrevistados para las visitas semestrales.

Primer motivo			Segundo motivo		
	N	%		N	%
Chequeo bucodental	47	29.4	Control de aparición de enfermedades	16	10
Control de aparición de enfermedades	95	59.4	Evolución de los tratamientos	80	50
Evolución de los tratamientos	14	8.8	Reincidencia de las enfermedades	49	30.6
Reincidencia de las enfermedades	1	0.6	Mercadotecnia	13	8.1
Mercadotecnia	1	0.6	Total	160	100
Total	160	100			
$\chi^2 = 268.850, p < .001$			$\chi^2 = 128.438, p < .001$		

Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

En cuanto a la pregunta sobre la relevancia de las visitas semestrales en el desarrollo de la caries, se observó que el 71.3% de los entrevistados opina que el hecho de que un paciente acuda cada seis meses a revisiones bucodentales de rutina sí tiene repercusión directa en el desarrollo de la caries, mientras que el 26.3% mencionó que no hay repercusión. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo a si las visitas cada seis meses tienen repercusión directa en el desarrollo de la caries ($\chi^2 = 117.050, p < .001$). Gráfica 10.

Gráfica 10. Distribución de acuerdo a la opinión sobre la repercusión de las visitas semestrales en el desarrollo de la caries.



Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

De los profesores que respondieron afirmativamente, el primer motivo reportado fue porque así el odontólogo puede tener un mejor control sobre los

hábitos higiénicos y dietéticos del paciente en un 19.3%, seguido de 11.9% que respondió que con las visitas semestrales puede tenerse un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para la caries. Se encontró diferencia estadística significativa para el primer motivo mencionado por el cual las visitas cada seis meses repercuten en el desarrollo de la caries ($\chi^2= 50.632$, $p<.001$).

El segundo motivo reportado con 28.6% por el cual las visitas cada seis meses tienen repercusión en el desarrollo de la caries fue debido a las condiciones locales como la mineralización y la anatomía dental, seguido de 1.9% que opina que de esta manera puede enfatizarse sobre la prevención de la caries al paciente. No se encontró diferencia estadística significativa para el segundo motivo reportado por el cual las visitas cada seis meses repercuten en el desarrollo de la caries ($\chi^2= 5.429$, $p=.608$). Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de acuerdo a los principales motivos mencionados por los entrevistados por los cuales las visitas semestrales si repercuten en el desarrollo de la caries.

Primer motivo			Segundo motivo		
	N	%		N	%
Placa dentobacteriana	3	2.6	Dieta e higiene	2	14.3
Dieta e higiene	22	19.3	Detección y tratamiento oportunos	1	7.1
Edad	3	2.6	Prevención	3	21.4
Detección y tratamiento oportunos	19	16.7	Etiología multifactorial	1	7.1
Tiempo de progreso	17	14.9	Condiciones locales	4	28.6
Prevención	10	8.8	Depende de cada caso	1	7.1
Etiología multifactorial	3	2.6	Control	1	7.1
Depende de cada caso	7	6.1	Total	14	100
Control	7	6.1			
Condiciones locales	5	4.4			
Total	114	100			
$\chi^2= 50.632$, $p<.001$			$\chi^2= 5.429$, $p=.608$		
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.					

De los entrevistados que respondieron que no existe repercusión de las visitas semestrales sobre el desarrollo de la caries, el 21.4% reportó como primer motivo que el tiempo de desarrollo de la caries es mayor a seis meses, por lo que su desarrollo no se ve influido por las visitas al odontólogo cada seis

meses, seguido del 19% que opina que las visitas cada seis meses no influyen sobre los malos hábitos higiénicos y dietéticos del paciente que favorecerán el desarrollo de la caries. No se encontró diferencia estadística significativa para el primer motivo mencionado por el cual las visitas cada seis meses no influyen en el desarrollo de la caries ($\chi^2= 12.000$, $p=.062$).

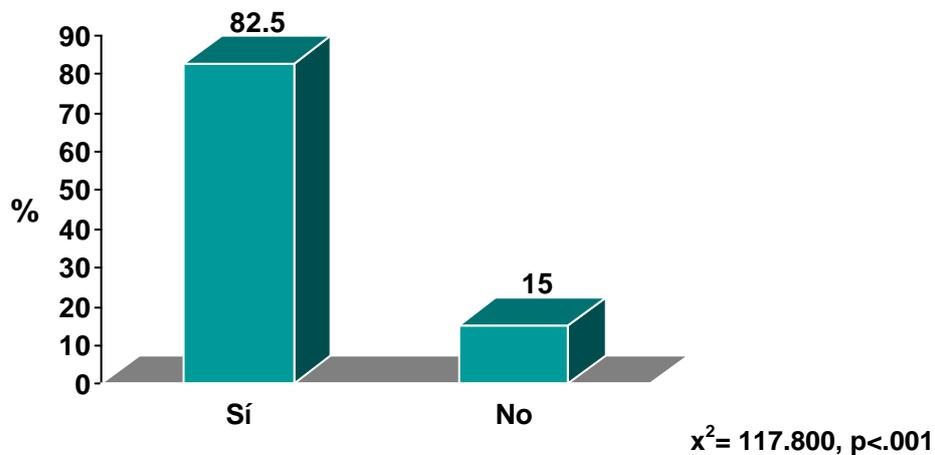
Como segundo motivo, 75% de los profesores respondió que no hay repercusión debido a que la caries está relacionada a la higiene y a la dieta, por lo que no tiene relevancia la frecuencia de visitas. No se encontró diferencia estadística significativa para el segundo motivo mencionado por el cual las visitas semestrales no influyen en el desarrollo de la caries ($\chi^2= 1.000$, $p=.317$). Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de acuerdo a los principales motivos mencionados por los entrevistados por los cuales las visitas semestrales no influyen en el desarrollo de la caries.

Primer motivo			Segundo motivo		
	N	%		N	%
Tiempo de desarrollo de la caries	9	21.4	Higiene y dieta	3	75
Higiene y dieta	8	19	Depende de cada caso	1	25
Depende de cada caso	4	9.5	Total	4	100
No hay control en el desarrollo, solo en la aparición	4	9.5			
No detección	1	2.4			
Total	42	100			
$\chi^2= 12.000$, $p=.062$			$\chi^2= 1.000$, $p=.317$		
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.					

En relación a la repercusión directa de las visitas al consultorio dental cada seis meses sobre el desarrollo de la enfermedad periodontal, el 82.5% de los entrevistados mencionó que si hay repercusión y el 15% que no hay repercusión. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo a si las visitas cada seis meses tienen repercusión directa sobre el desarrollo de la enfermedad periodontal ($\chi^2= 177.800$, $p<.001$). Gráfica 11.

Gráfica 11. Distribución de acuerdo a la opinión de los entrevistados sobre la repercusión de las visitas semestrales en el desarrollo de la enfermedad periodontal.



Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

De los profesores que respondieron afirmativamente, el primer motivo reportado por 26.3% fue porque se puede enfatizar la higiene del paciente y prevenir la acumulación de placa dentobacteriana, seguido de 12.5% que respondió que con dichas visitas puede llevarse un mejor control del paciente. Se encontró diferencia estadística significativa para el primer motivo mencionado por el cual las visitas cada seis meses si repercuten en el desarrollo de la enfermedad periodontal ($x^2 = 113.167, p < .001$).

En cuanto al segundo motivo mencionado por los entrevistados, el 23.5% opina que sí repercuten debido a la influencia de factores sistémicos en el desarrollo de la enfermedad periodontal, así como de la alimentación, seguido de 11.8% que opina que con las visitas semestrales puede enfatizarse al paciente en la prevención. No se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al segundo motivo reportado por el cual las visitas cada seis meses influyen en el desarrollo de la enfermedad periodontal ($x^2 = 4.000, p = .677$). Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de acuerdo a los principales motivos mencionados por los entrevistados por los cuales las visitas semestrales si repercuten en el desarrollo de la enfermedad periodontal.

Primer motivo			Segundo motivo		
	N	%		N	%
Higiene y placa dentobacteriana	42	31.8	Alimentación	4	23.5
Tipo de enfermedad periodontal	7	5.3	Patogenia y tiempo de desarrollo	1	5.9
Control	20	15.2	Factores sistémicos	4	23.5
Depende de cada caso	4	3.0	Prevención	2	11.8
Patogenia y tiempo de desarrollo	15	11.4	Diagnóstico y tratamiento tempranos	1	5.9
Diagnóstico y tratamiento tempranos	8	6.1	Tipo de enfermedad periodontal	2	11.8
Factores sistémicos	3	2.3	Total	17	100
Alimentación	1	0.8			
Prevención	5	3.8			
Total	132	100			
$\chi^2 = 113.167, p < .001$			$\chi^2 = 4.000, p = .677$		

Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

De los entrevistados que opinan que no existe repercusión, el 25% respondió otros motivos por ejemplo, la resistencia del tejido periodontal o el hecho de que la causa de la enfermedad no depende del número de visitas al consultorio dental, seguido de 20.8% que respondió que las visitas cada seis meses al odontólogo no influyen por la patogenia de la enfermedad periodontal, donde pueden encontrarse periodos de remisión y exacerbación, así como por el hecho de que un paciente que presente una higiene deficiente, la frecuencia de visitas no influirá en que cambie sus hábitos higiénicos. No se observó diferencia estadística significativa de acuerdo a los motivos por los cuales las visitas de rutina al consultorio dental cada seis meses no influyen en el desarrollo de la enfermedad periodontal ($\chi^2 = 3.000, p = .700$). Tabla 6.

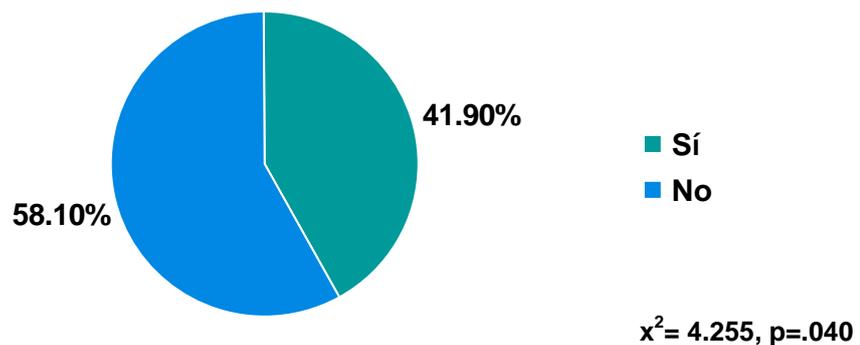
Tabla 6. Distribución de acuerdo a los principales motivos mencionados por los entrevistados por los cuales las visitas semestrales no repercuten en el desarrollo de la enfermedad periodontal.

	Motivos principales	
	N	%
Higiene y placa dentobacteriana	5	20.8
Ya hubo control y revisión	2	8.3
Factores etiológicos propios	3	12.5
Patogenia	5	20.8
Otros	6	25
Total	24	100

$\chi^2 = 3.000, p = .700$
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

El 58.1% de los profesores entrevistados manifestó no conocer de literatura que recomiende algún intervalo de tiempo específico para revisiones bucodentales de rutina, mientras que el 41.9% si conoce literatura con recomendaciones de intervalos de tiempo específicos. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al conocimiento de literatura por parte de los profesores entrevistados donde se recomienda algún intervalo específico entre cada visita de rutina al consultorio dental ($\chi^2 = 4.225, p = .040$). Gráfica 12.

Gráfica 12. Distribución de acuerdo al conocimiento de literatura que recomiende algún intervalo específico entre cada visita de rutina al consultorio dental.

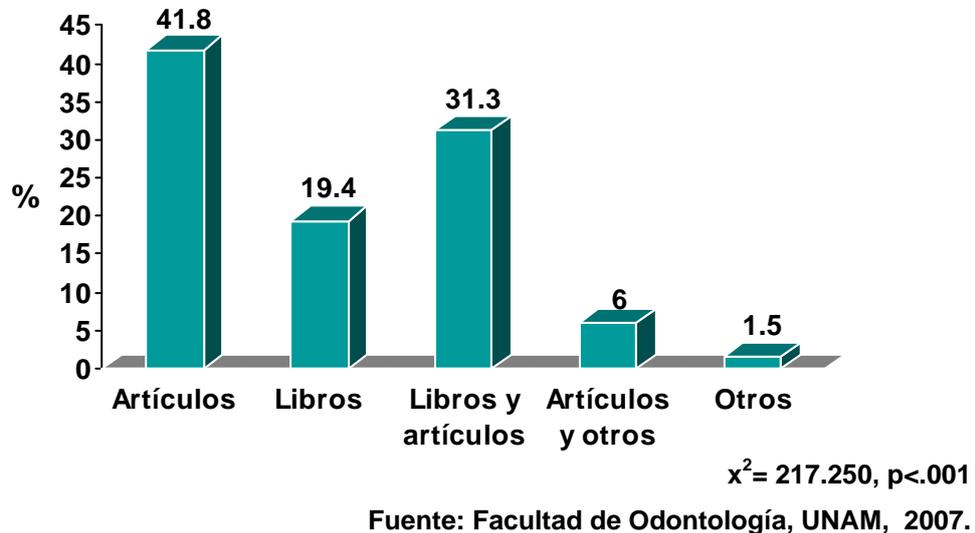


Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

De los profesores que respondieron afirmativamente, el 41.8% contestó que dicha literatura pertenece a artículos, seguido de 31.3% que respondió que esta literatura corresponde a libros y artículos. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al tipo de literatura que los entrevistados

conocen donde se recomienda un intervalo específico entre cada visita de rutina al consultorio dental ($\chi^2 = 217.250$, $p < .001$). Gráfica 13.

Gráfica 13. Distribución de acuerdo al conocimiento sobre el origen de la literatura donde se recomienda un intervalo de visitas de rutina al consultorio dental.



En cuanto a los criterios mediante los cuales los entrevistados establecen el tiempo en el cual tiene que regresar un paciente después de su alta temporal, el primer criterio reportado por el 68.8% fue por los antecedentes de enfermedades bucodentales, seguido de 25% que respondió establecer el tiempo de acuerdo a los tratamientos que ya fueron realizados. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al primer criterio mencionado para establecer el tiempo en el que tiene que regresar un paciente después de su alta temporal ($\chi^2 = 269.813$, $p < .001$).

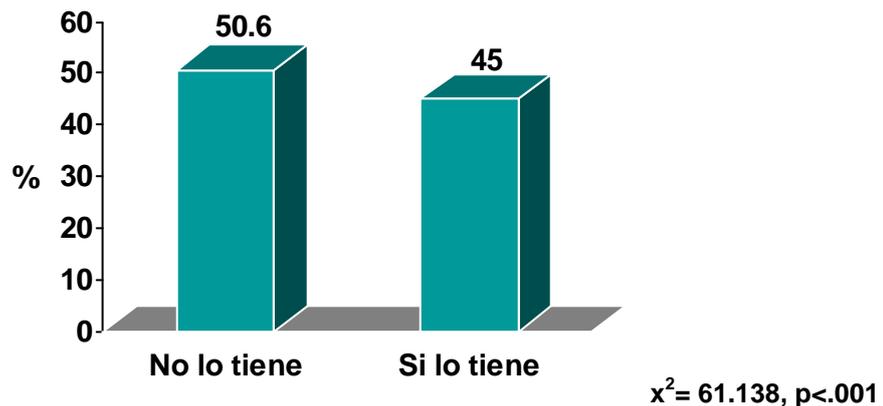
Como segundo criterio el 90.6% respondió que lo establece en base a la presencia o ausencia de factores de riesgo. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al segundo criterio mencionado para establecer el tiempo en el que tiene que regresar un paciente después de su alta temporal ($\chi^2 = 294.438$, $p < .001$). Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de los criterios tomados en cuenta por los entrevistados para establecer el tiempo en el que tiene que regresar un paciente después de su alta temporal

Primer criterio			Segundo criterio		
	N	%		N	%
Antecedentes de enfermedades bucodentales	110	68.8	Situación económica	2	1.6
Situación económica	2	1.3	Factores de riesgo	116	90.6
Tratamientos realizados	40	25	Total	128	100
Factores de riesgo	1	0.6			
Total	160	100			
$\chi^2 = 269.813, p < .001$			$\chi^2 = 294.438, p < .001$		
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.					

Al preguntar a los profesores entrevistados si poseen un programa de seguimiento para los pacientes una vez que fueron dados de alta, se observó que el 50.6% si lo tiene y el 45% no lo tiene. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al establecimiento de un programa de seguimiento para los pacientes por parte de los profesores entrevistados ($\chi^2 = 61.138, p < .001$). Gráfica 14.

Gráfica 14. Distribución de acuerdo al establecimiento de programas de seguimiento para los pacientes.



Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

En cuanto al motivo por el cual establecen programa de seguimiento, en primer lugar, el 28.4% establece este programa para dar seguimiento a los tratamientos que ya fueron realizados y seguido de 16% que lo establece de

acuerdo a los antecedentes de enfermedades bucodentales. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al primer motivo para el establecimiento del programa de seguimiento ($\chi^2= 24.444$, $p=.001$).

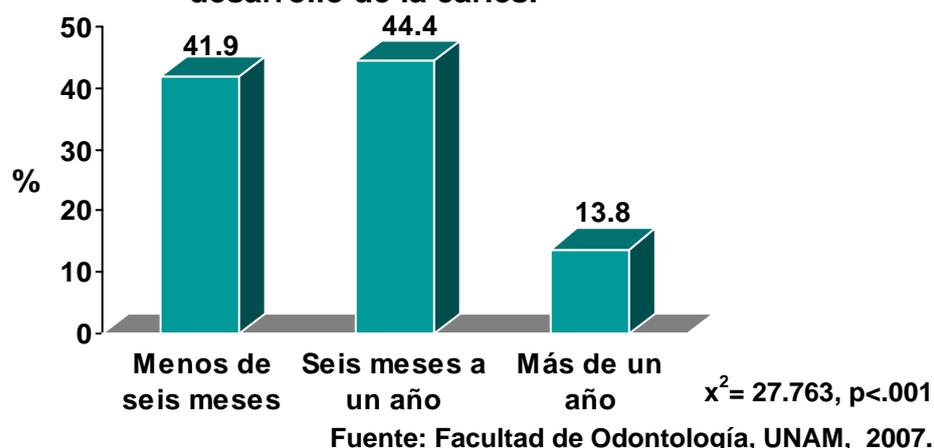
Como segundo motivo, el 38.5% lo establece según la presencia o ausencia de factores de riesgo como la dieta o la higiene. No se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al segundo motivo para el establecimiento del programa de seguimiento ($\chi^2= 5.077$, $p=.279$). Tabla 8.

Tabla 8. Distribución de acuerdo a los principales motivos por los cuales los entrevistados establecen programas de seguimiento

Primer motivo			Segundo motivo		
	N	%		N	%
Seguimiento a tratamientos	23	28.4	Control y revisión	1	11.1
Depende del paciente	8	9.9	Prevención	1	11.1
Antecedentes bucodentales	13	16	Factores de riesgo	5	55.6
Prevención	3	3.7	Total	9	100
Factores de riesgo	7	4.4			
Control y revisión	11	13.6			
Total	81	100			
$\chi^2= 24.444$, $p=.001$			$\chi^2= 5.077$, $p=.279$		
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.					

En relación al conocimiento respecto al tiempo en el que se desarrolla la caries, el 44.4% de los entrevistados respondió que es en un periodo de seis meses a un año y el 41.9% respondió que se da en un periodo menor a seis meses mientras 13.8% mencionó que el tiempo de desarrollo es mayor a un año. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al conocimiento acerca del tiempo de desarrollo de la caries ($\chi^2= 27.763$, $p<.001$). Gráfica 15.

Gráfica 15. Distribución de acuerdo al conocimiento respecto al tiempo de desarrollo de la caries.



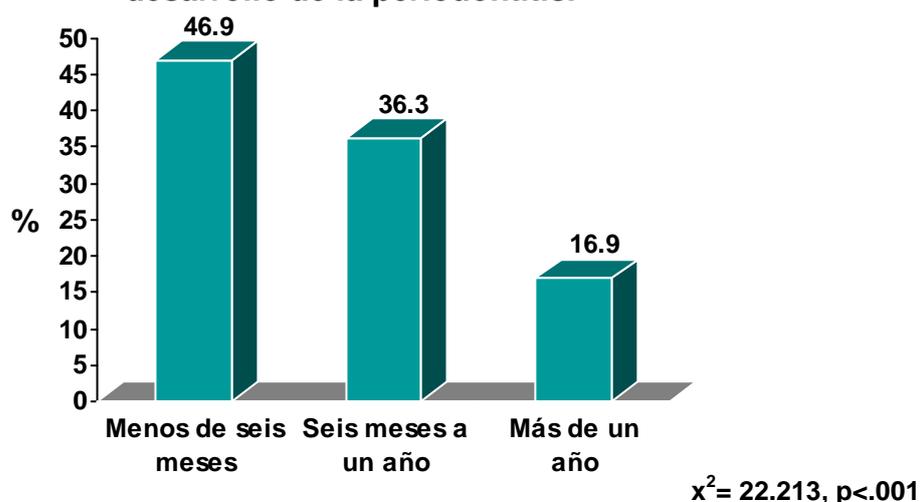
Respecto a los factores que intervienen en el desarrollo de la caries, según lo reportado por los entrevistados, el 37.5% de los profesores reportó como primer factor la higiene deficiente, seguido de la dieta alta en carbohidratos con 30.6%. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al primer factor ($x^2 = 281.925, p < .001$). Como segundo factor, el 52.2% de los profesores reportó que es debido a la susceptibilidad individual al desarrollo de la caries, así como la influencia de factores sistémicos, seguido del 17.4% que respondió que la cantidad y calidad de la saliva, así como el pH, son factores que intervienen en el desarrollo de la caries. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al segundo factor reportado para el desarrollo de la caries ($x^2 = 22.652, p < .001$). Tabla 9.

Tabla 9. Distribución de acuerdo a los factores que favorecen el desarrollo de la caries según lo reportado por los entrevistados.

Primer factor			Segundo factor		
	N	%		N	%
Higiene	60	37.5	Factores locales	2	8.7
Susceptibilidad y factores sistémicos	8	5.0	Susceptibilidad y factores sistémicos	12	52.2
Factores locales	3	1.9	Saliva y pH	4	17.4
Dieta	49	30.6	Microflora	3	13.0
Saliva y pH	10	6.3	Tiempo	1	4.3
Microflora	3	1.9	Edad	1	4.3
Tiempo	2	1.3	Total	23	100
Edad	2	1.3			
Factores de riesgo	8	5.0			
Total	160	100			
$X^2 = 281.925, p < .001$			$x^2 = 22.652, p < .001$		
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007					

Respecto al conocimiento acerca del tiempo de desarrollo de la periodontitis, el 46.9% de los entrevistados reportó que es en un periodo menor a seis meses, el 36.3% mencionó que se da en un periodo de seis meses a un año, mientras que el 16.9% respondió que se da en un periodo mayor a un año. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al conocimiento sobre el tiempo de desarrollo de la periodontitis ($\chi^2= 22.213$, $p<.001$). Gráfica 16.

Gráfica 16. Distribución de acuerdo al conocimiento respecto al tiempo de desarrollo de la periodontitis.



Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007.

Respecto a los factores de desarrollo de la enfermedad periodontal, según los profesores entrevistados, el 62.5% reportó como primer factor la mala higiene, así como la presencia de placa dentobacteriana, seguido de 5.6% que respondió que los factores locales, como la presencia de restauraciones desajustadas, favorecerán el desarrollo de la periodontitis. Se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al primer factor de desarrollo de la periodontitis mencionado por los entrevistados ($\chi^2= 496.375$, $p<.001$).

En cuanto al segundo factor, el 50.7% opina que los factores sistémicos, como la diabetes y la ingesta de medicamentos, seguido de 19.6% que respondió que la dieta influirá en el desarrollo de la periodontitis. Se encontró diferencia estadística significativa de acuerdo al segundo factor para el desarrollo de la periodontitis según lo mencionado por los profesores entrevistados ($\chi^2=131.534$, $p<.001$). Tabla 10.

Tabla 10. Distribución de acuerdo a los factores que favorecen el desarrollo de la periodontitis según lo reportado por los entrevistados.

Primer factor			Segundo factor		
	N	%		N	%
Higiene y placa dentobacteriana	100	62.5	Factores sistémicos	37	50.7
Factores sistémicos	8	5.0	Dieta	14	19.2
Factores locales	9	5.6	Susceptibilidad	3	4.1
Dieta	7	4.4	Saliva y pH	1	1.4
Susceptibilidad	7	4.4	Edad	1	1.4
Saliva y ph	1	0.6	Tabaquismo	4	5.5
Microflora	1	0.6	Microflora	3	4.1
Factores de riesgo	8	5.0	Factores de riesgo	3	4.1
Total	160	100	Total	73	100
$\chi^2 = 496.375, p < .001$			$\chi^2 = 131.534, p < .001$		
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007					

De los profesores que respondieron llevar a cabo práctica privada, 40.7% reportó atender en su mayoría a pacientes de 21 a 35 años, mientras que 37% a pacientes de 36 a 50 años. Por otra parte, los profesores que mencionaron llevar a cabo práctica pública el 28.6% respondió atender pacientes de 21 a 35 años o bien, de 36 a 50 años. No se observó diferencia estadística significativa conforme a la edad de los pacientes atendidos de acuerdo a la práctica. ($\chi^2=9.934, p=.270$). Tabla 11.

Tabla 11. Distribución de la población de acuerdo al grupo de edad que más se atiende de acuerdo al tipo de práctica.

Grupo de edad	Tipo de práctica							
	Pública		Privada		Ambas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menores de 12 años	1	14.3	2	3.7	13	14.1	16	10.5
13 a 20 años	1	14.3	9	16.7	7	7.6	17	11.1
21 a 35 años	2	28.6	22	40.7	32	34.8	56	36.6
36 a 50 años	2	28.6	20	37.0	32	34.8	54	35.3
51 a 65 años	1	14.3	1	1.9	8	8.7	10	6.5
Total	7	100	54	100	92	100	153	100
$\chi^2=9.934$								$p=.270$
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007								

En cuanto a la realización de recordatorios telefónicos de acuerdo a si los profesores tienen un programa de seguimiento establecido se observó que el 64.4% de los que tienen un programa formal de seguimiento, incluyen actividades como recordatorios telefónicos, mientras que el 32.3% no llevan a cabo esta actividad a pesar de reportar un programa de seguimiento. El 67.7% de los profesores que no tienen un programa de seguimiento establecido, si realizan recordatorios telefónicos, mientras que el 35.6% no los lleva a cabo. Por otro lado, el 59.4% de los profesores que no poseen un programa de seguimiento, llevan a cabo actividades de recordatorios telefónicos solamente algunas veces. Se observó diferencia estadística significativa en cuanto al del establecimiento de programas de seguimiento de acuerdo a la realización de recordatorios telefónicos ($\chi^2=12.052$, $p=.002$) Tabla 12.

Tabla 12. Distribución del establecimiento de un programa de seguimiento de acuerdo a la realización de recordatorios telefónicos.

Programa de Seguimiento	Realización de recordatorios telefónicos								
	Si		No		Algunas veces		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
No	32	35.6	21	67.7	19	59.4	72	47.1	
Si	58	64.4	10	32.3	13	40.6	81	52.9	
Total	90	100	31	100	32	100	153	100	
$\chi^2=12.052$								$p=.002$	
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007									

Respecto al establecimiento de un programa de seguimiento de acuerdo al conocimiento de la repercusión de las visitas semestrales en el desarrollo de la caries, el 61% de los profesores que opinan que estas revisiones no repercuten en el desarrollo de la caries, no establece un programa de seguimiento, mientras que el 60.2% de los entrevistados que respondió que las visitas semestrales si repercuten en el desarrollo de la caries, si establecen un programa de seguimiento. Se observó diferencia estadística significativa respecto al establecimiento de un programa de seguimiento de acuerdo al conocimiento de la repercusión de las visitas semestrales en el desarrollo de la caries ($\chi^2=5.364$, $p=.021$). Tabla 13.

Tabla 13. Distribución del establecimiento de un programa de seguimiento de acuerdo al conocimiento de la repercusión de las visitas semestrales en el desarrollo de la caries.

Repercusión de las visitas semestrales en la caries	Programa de seguimiento					
	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	43	39.8	65	60.2	108	100
No	25	61	16	39	41	100
Total	68	45.6	81	54.4	149	100
$\chi^2=5.364$ $p=.021$						
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007						

En cuanto al establecimiento de un programa de seguimiento de acuerdo al conocimiento de la repercusión de las visitas semestrales en el desarrollo de la enfermedad periodontal, el 59.1% de los profesores que respondieron que las visitas semestrales no repercuten en el desarrollo de la enfermedad periodontal, no tienen un programa de seguimiento, mientras que el 56.7% que respondió que las visitas semestrales si repercuten en el desarrollo de la enfermedad periodontal, si establece un programa de seguimiento. No se observó diferencia estadística significativa de acuerdo al establecimiento de un programa de seguimiento de acuerdo al conocimiento de la repercusión de las visitas semestrales en el desarrollo de la enfermedad periodontal ($\chi^2=1.883$, $p=.170$). Tabla 14.

Tabla 14. Distribución del establecimiento de un programa de seguimiento de acuerdo al conocimiento de la repercusión de las visitas semestrales en el desarrollo de la enfermedad periodontal.

Repercusión de las visitas semestrales en la enfermedad periodontal	Programa de seguimiento					
	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	55	43.3	72	56.7	127	100
No	13	59.1	9	40.9	22	100
Total	68	45.6	81	54.4	149	100
$\chi^2=1.883$ $p=.170$						
Fuente: Facultad de Odontología, UNAM, 2007						

DISCUSIÓN

Debido al tamaño reducido de la muestra, los resultados del presente estudio no pueden ser generalizados a todos los profesores que conforman la planta docente de la Facultad de Odontología de la UNAM y mucho menos a todos los odontólogos del país, sin embargo, este trabajo permite conocer en un aspecto general lo que los profesores entrevistados respondieron acerca del tema.

Según el estudio realizado, y de acuerdo a lo mencionado por los profesores entrevistados, el grupo de edad que más acude a revisiones bucodentales de rutina es el de 21 a 35 años, seguido del grupo de 36 a 50, esto difiere de lo reportado en la literatura^{20,21} donde se menciona que los grupos de edad que más acuden son los de 46 a 55 años y los menores de 14 años. Se ha reportado¹⁹ que esta situación donde los pacientes de edad intermedia acuden mayormente a revisiones de rutina se presenta debido al sentido de responsabilidad y los ingresos económicos que aumentan conforme la edad, y en cuanto a los menores de 14 años, se debe a que en este periodo de edad, los cuidados en salud tanto general como bucodental aún dependen de los padres.

Respecto a los pacientes que menos acuden a revisiones semestrales, ningún profesor entrevistado respondió atender pacientes mayores de 66 años, lo cual coincide con Batchelor²⁰ donde menciona que el grupo de edad correspondiente a pacientes mayores de 66 años son los que menos realizan visitas semestrales, esto pudiera ser debido a las limitaciones económicas y sociales propias de este sector de la población. Esto cobra relevancia cuando se observa que la población de tercera edad se ha incrementado y se incrementará en un futuro,²⁰ por lo que también se observará un aumento en las necesidades de tratamiento para estos pacientes y los servicios de salud dental públicos y privados tienen que estar preparados para este cambio demográfico²⁵.

En cuanto al tipo de población que los odontólogos respondieron que acude mayormente de acuerdo al sexo, los resultados de este trabajo coinciden con lo

que otros autores han reportado en la literatura^{20,21,24} acerca de que las mujeres realizan visitas con mayor frecuencia que los hombres para revisiones bucodentales de rutina cada seis meses, lo cual sugiere que tienen mayores prácticas de autocuidado en un sentido personal y también en cuanto a las prácticas de mantenimiento de la salud.

El primer motivo reportado por los profesores entrevistados acerca de las razones por las cuales las visitas semestrales influyen en el desarrollo de la caries, fue que puede enfatizarse la higiene del paciente y prevenir la acumulación de placa dentobacteriana, lo que coincide con lo reportado por Davenport¹⁸ donde se menciona que una de las desventajas de alargar los periodos entre revisiones a más de seis meses, es que los tratamientos lejos de ser preventivos, serán restaurativos al encontrar una mayor incidencia de caries.

Así mismo, según lo reportado en la literatura¹⁸, las posibles desventajas de alargar a más de seis meses el tiempo de las revisiones bucodentales de rutina es que no existe la oportunidad de que el paciente mejore su higiene y de esta manera, tampoco es posible prevenir la enfermedad periodontal. Los resultados obtenidos en el presente trabajo concuerdan en el aspecto donde los profesores entrevistados respondieron que las revisiones bucodentales de rutina cada seis meses ayudan a prevenir el desarrollo de la enfermedad periodontal, al constituir una oportunidad para enfatizar la higiene del paciente y prevenir su aparición y desarrollo al llevar a cabo un diagnóstico precoz.

Respecto al intervalo entre cada visita para revisión bucodental según el conocimiento de las recomendaciones de la publicidad y las propias recomendaciones de los profesores, resulta de interés que la mayoría de los entrevistados respondió que deben ser cada seis meses; por otro lado, en cuanto al conocimiento de los profesores acerca de las bases científicas de la publicidad, la mayoría de los profesores respondió que dichas bases científicas o no existen o no tienen conocimiento de ellas, siendo esta la misma recomendación que hacen a sus pacientes para conservar su salud bucodental.

Debido a la etiología multifactorial de las enfermedades bucodentales más prevalentes, la pérdida de seguimiento es un factor importante que debe tomarse en cuenta, y aunque la mayoría de los entrevistados opinan que las visitas semestrales si repercuten en el desarrollo de la caries y de la enfermedad periodontal en el aspecto preventivo, en el presente estudio puede observarse que la mayoría de los profesores entrevistados no posee un programa de seguimiento para los pacientes. Sin embargo, al preguntar a los profesores los principales criterios que toman en cuenta para establecer el tiempo en el cual un paciente debe regresar a una revisión, la mayoría respondió basarse en los antecedentes de enfermedades bucodentales y la presencia o ausencia de factores de riesgo, lo cual sugiere que el intervalo que ellos establecen entre cada revisión se realiza según las necesidades de cada paciente, lo cual concuerda con la literatura²³ donde se menciona que las visitas deben establecerse según perfiles de riesgo individualizados.

A pesar de que no existe evidencia suficiente para rechazar o apoyar las visitas semestrales para revisiones bucodentales, se puede expresar que posiblemente con este intervalo los pacientes se sienten mas seguros al pensar que de esta manera se podrán detectar sus padecimientos oportunamente y así realizar un tratamiento eficaz. Sin embargo, el paciente puede acudir a su revisión en un periodo de remisión de la enfermedad periodontal y pasar desapercibida para el odontólogo.

Según lo que Davenport¹⁸ sugiere, debe tomarse en cuenta, además, el desempeño del cirujano dentista en el sentido de su destreza clínica y capacidad para el diagnóstico de las enfermedades bucodentales, que es un aspecto en el que no se ha estudiado aunque posee una importante relación con la detección temprana de los padecimientos, lo cual es el objetivo de las revisiones semestrales.

El hecho de que las recomendaciones de los odontólogos sobre acudir a revisiones bucodentales de rutina cada seis meses sean simplemente un efecto de la publicidad y no estén basadas en evidencia científica, ha llevado a lo que se ha reportado¹⁸ como sobretamientos, es decir, a la realización de un

tratamiento que no es necesario en el momento en que se lleva a cabo la revisión por parte del odontólogo, encontrándose así un mayor número de restauraciones en pacientes que realizan menos revisiones bucodentales de rutina²⁴.

El implantar un periodo de seis meses entre cada visita de rutina al consultorio dental, puede incluso ser una justificación para los malos tratamientos llevados a cabo por el clínico ya que si un paciente no regresa en el periodo establecido, los odontólogos pueden establecer que dicho fracaso se debe a que el paciente no siguió las indicaciones del periodo de revisión para el seguimiento del tratamiento.

El establecimiento de visitas de rutina cada seis meses puede considerarse un intervalo muy rígido, por lo que diversos autores^{13,22} coinciden que los pacientes y el odontólogo pueden beneficiarse más si estas revisiones se llevan a cabo cada año, esto debido al tiempo de evolución y la patogenia de las enfermedades bucodentales, ya que su desarrollo no siempre se da en un periodo menor a seis meses. Es importante establecer un periodo de tiempo adecuado entre cada visita de rutina al odontólogo para tener una mejor planificación de los servicios de salud a nivel poblacional, donde los recursos humanos y materiales puedan ser aprovechados de una mejor manera.

CONCLUSIONES

- La mayoría de los entrevistados recomienda las visitas de rutina al consultorio dental cada seis meses y desconoce la evidencia científica sobre el establecimiento de este intervalo.
- Gran parte de los profesores no cuentan con un programa de seguimiento para el paciente una vez que fue dado de alta.
- La mayor parte de los profesores no conocen de literatura que recomiende algún periodo entre cada revisión bucodental de rutina dado que no existe evidencia suficiente para apoyar o rechazar las visitas semestrales de rutina al consultorio dental.
- El tiempo establecido para el seguimiento del paciente por la mayoría de los entrevistados, se determina de acuerdo a los antecedentes de enfermedades bucodentales y lo que consideran la presencia de factores de riesgo.
- La mayoría de los profesores respondió que las visitas semestrales tienen repercusión en el desarrollo de la caries y la enfermedad periodontal y opinan que las revisiones bucodentales cada seis meses deben realizarse para tener control en la aparición de enfermedades bucodentales, así como para tener control en los tratamientos que ya fueron realizados.
- La sugerencia de las visitas de rutina cada seis meses surge desde 1892³, y desde entonces ha sido cuestionada, sin embargo, las investigaciones que se han realizado sobre las bases científicas de este tema son escasas. Si queremos seguir realizando una odontología basada en evidencia científica, es importante el aumento en la realización y la mejora de la calidad de las investigaciones.

- No existe un patrón común para el establecimiento de las visitas semestrales, así como tampoco para la presencia o ausencia de factores de riesgo. Cada individuo es diferente junto con sus condiciones biológicas y sociales, por lo que la enfermedad se distribuye de formas diversas y en tiempos distintos. Si evitamos un patrón de visitas tan corto podrán ahorrarse muchos de los servicios que hoy en día se desperdician al seguir una recomendación meramente publicitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grace M. *Six-monthly check-ups*. British Dental Journal. 2003;193(2):63.
2. Bader J. *Risk-based recall intervals recommended*. 2005;6(1):2-4.
3. Hoffman W. *History of Dentistry*. Quintessence Publishing. Estados Unidos de América. 1981.
4. Murray J. *Prevention of oral disease*. 4^a edición. Editorial Oxford University Press. Nueva York. 2003.
5. Seif T. *Cariología. Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental*. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas. Colombia. 1997.
6. Pérez A. *La Biopelícula: una nueva visión de la placa dental*. Rev. Estomatológica Herediana. 2005;15(1):82-85.
7. Axelsson P. *Diagnosis and risk prediction of dental caries*. Quintessence Publishing. Alemania. 2000.
8. Kidd E. y Joyston-Bechal S. *Essential of dental caries*. Editorial Oxford University Press. Hong Kong. 1997.
9. Mejåre I., Stenlund H. y Zelezny-Holmlund C. *Caries incidence and lesion progression from adolescence to young adulthood: a prospective 15-year cohort study in Sweden*. Caries Research. 2004;38:130-141.
10. Hintze H., Wenzel A. y Danielsen B. *Behavior of approximal carious lesions assessed by clinical examination after tooth separation and radiography: a 2.5 year longitudinal study in young adults*. Caries Research. 1999;33:415-22.

11. Huntington N., Joon I. y Hughes C. *Caries-risk factors for Hispanic children affected by early childhood caries*. Journal of Pediatric Dentistry. 2002;22(6):536-42.
12. Negroni M. *Microbiología estomatológica*. Editorial Médica Panamericana. México. 1999.
13. Kay E. *How often should we go to the dentist?*. BMJ. 1999;319:204-5.
14. Carranza F. *Periodontología clínica*. 8ª edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México. 2000.
15. Lindhe J. *Periodontología clínica e implantología odontológica*. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. España. 2000.
16. Axelsson P. *Diagnosis and risk prediction of periodontal diseases*. Quintessence Publishing. Alemania. 2000.
17. Harrel S. y Nunn M. *Longitudinal comparison of the periodontal status of patients with moderate to severe periodontal disease receiving no treatment, non-surgical treatment and surgical treatment utilizing individual sites for analysis*. Journal of Periodontology. 2001;72:1509-19.
18. Davenport C., Elley K., Fry-Smith A., Taylor-Weetman C. y Taylor R. *The effectiveness of routine dental checks: a systematic review of the evidence base*. British Dental Journal. 2003;195(2):87-98.
19. Nutall N. M., Bradnock G., White D., Morris J. y Nunn J. *Dental attendance in 1998 and implications for the future*. British Dental Journal. 2001;190(4):177-82.
20. Batchelor P. *Changes in self-reported attendance of British adults for dental check-ups between 1991 and 2000*. Primary Dental Care. 2004;11(4):125-130.

21. Tamaki Y., Nombra Y., Teraoka K., Nishikahara F., Motegi M., Tsurumoto A. y Hnada N. *Characteristics and willingness of patients to pay for regular dental check-ups in Japan*. Journal of Oral Science. 2004;46(2):127-133.
22. Bader J. *Risk-based recall intervals recommended*. Evidence-Based Dentistry. 2005;6:2-4.
23. Beirne P., Forgie A., Clarkson J. y Worthington H. *Insufficient evidence to support or refute the need for 6-monthly dental check-ups*. Evidence Based Dentistry. 2005;6(3):62-63.
24. Murray J. *Attendance patterns and oral health*. British Dental Journal. 1996;181(9):339-342.
25. conapo.gob.mx. (home page on the Internet) México: Consejo Nacional de Población, SEGOB; [citado 2007 Septiembre 25]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>.



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



Este cuestionario tiene como finalidad conocer los aspectos tomados en cuenta para establecer el número de visitas de chequeo recomendada por los expertos en salud bucodental por lo que le agradeceré lea detenidamente las preguntas y responda cada una de ellas. Los resultados obtenidos servirán únicamente a nivel estadístico por lo que es anónimo.

FOLIO / / / /

1. **¿Cuál es su edad?** _____ años
2. **Sexo** ()
1) Masculino 2) Femenino
3. **¿Tiene alguna especialidad, maestría o doctorado?** ()
1) Periodoncia 2) Ortodoncia 3) Salud Pública 4) Endodoncia
5) Odontopediatría 6) Prótesis 7) Cirugía 8) Patología Bucal 9) Otra
10) Materiales dentales 11) Ninguna 12) Maestría 13) Doctorado
4. **¿En dónde imparte clases?** ()
1) Licenciatura 2) División de Estudios de Posgrado 3) Ambas
5. **¿En que asignatura (s)?**

6. **¿Qué tipo de práctica clínica realiza?** ()
1) Pública 2) Privada 3) Ambas 4) Ninguna
7. **Si usted realiza práctica privada, ¿en que grupo de edad considera que se encuentran los pacientes que mas acuden a revisiones dentales de rutina una vez que fueron dados de alta?** ()
1) Menores de 12 años 2) De 13 a 20 años 3) De 21 a 35 años
4) De 36 a 50 años 5) De 51 a 65 años 5) Mayores de 66 años
8. **Si usted realiza práctica privada, ¿de que sexo son los pacientes que considera acuden con más frecuencia a revisiones dentales de rutina una vez que fueron dados de alta?** ()
1) Masculino 2) Femenino 3) Ambos

9. ¿Qué periodo recomienda usted a sus pacientes como intervalo entre cada cita para revisión bucodental de rutina con el odontólogo una vez que fueron dados de alta? ()

- 1) Cada seis meses 2) Una vez al año 3) En un periodo mayor a un año

10. ¿Acostumbra usted la realización de recordatorios telefónicos para revisiones de rutina después del alta del paciente? ()

- 1) Si 2) No 3) Algunas veces

11. ¿Sabe la frecuencia de visitas de rutina al dentista recomendada por la publicidad? ()

- 1) Cada seis meses 2) Una vez al año 3) No lo se

12. ¿Sabe si la publicidad tiene bases científicas para recomendar cierto intervalo entre las visitas de rutina al consultorio dental? ()

- 1) No lo sé 2) No las tiene 3) Si las tiene

13. ¿Por qué motivo se dice que un paciente debe acudir mínimo dos veces al año a revisión dental profesional? Marque las dos opciones que considere de mayor importancia.

1. () Únicamente para la realización de un chequeo bucodental
2. () Para tener un control en la aparición de enfermedades bucodentales
3. () Para controlar la evolución de los tratamientos que ya fueron realizados
4. () Por que es el tiempo en el cual las enfermedades de mayor prevalencia pueden tener recidiva
5. () Por cuestiones de mercadotecnia exclusivamente
6. () No lo sé

14. ¿Considera que un intervalo de seis meses entre cada visita de rutina al odontólogo tiene repercusión directa sobre la evolución de la caries? ()

- 1) Si 2) No 3) No lo sé

15. ¿Por qué motivos?

16. ¿Considera que un intervalo de seis meses entre cada visita de rutina al odontólogo tiene repercusión directa sobre la evolución de la enfermedad periodontal? ()

- 1) Si 2) No 3) No lo sé

17. ¿Por qué motivos?

24. ¿Podría mencionar en cuanto tiempo aproximadamente se desarrolla la periodontitis en un paciente promedio, es decir, que presente los factores de riesgo más comunes? ()

- 1) En un periodo de seis meses o menor
- 2) En un periodo de seis meses a un año
- 3) En un periodo mayor a un año

25. ¿De qué factores depende el desarrollo de la periodontitis?

¡¡GRACIAS!!