



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



**Maestría en Salud Pública 2013-2015**

**Informe final de Tesis para optar al Título de Master en Salud Pública**

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE  
ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE  
ESPECIALIDADES, MANAGUA, DURANTE EL PERÍODO AGOSTO  
2005-MARZO 2015**

**Autora: Patricia Auxiliadora Avilés Baca**

Cirujano Dentista

**Tutor: Miguel Orozco**

Docente Investigador

Managua, Nicaragua Julio 2016

## INDICE

RESUMEN	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
I. INTRODUCCIÓN	4
II. ANTECEDENTES	5
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
VI. MARCO TEÓRICO	9
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	21
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
IX. CONCLUSIONES	37
X. RECOMENDACIONES	38
XI. BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	47

## RESUMEN

El presente estudio se realizó en un servicio privado, que atiende diferentes sectores de población demandante de atención odontológica.

**Objetivos:** Determinar la Adherencia al tratamiento odontológico recomendado a los pacientes que asistieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, durante el período agosto 2005 a marzo 2015.

**Metodología:** Es un estudio Transversal y Descriptivo. Se seleccionó una muestra del 75% del universo, utilizando como unidad de observación las fichas clínicas de los pacientes que acudieron a la clínica. Dentro de las características socio demográficas de los pacientes en estudio predominaron las edades contenidas de forma similar en tres intervalos, desde los 26 hasta los 60 años, y el sexo femenino con un 58%.

**Conclusión:** La Adherencia predominó independientemente del motivo de consulta, tratamiento recomendado o enfermedad crónica referida.

Palabras Claves: Adherencia al tratamiento, tratamiento odontológico recomendado.

## DEDICATORIA

A mi madre, Josefa Alicia Baca González, mi ejemplo de mujer, de profesional, enfermera, madre y padre, guía y fortaleza de mi espíritu. Le dedico este trabajo y esfuerzo como una mínima muestra de mi amor.

A mis hijos, Luis Fernando y Lyana Sophía, por ser el motivo que me da fuerzas cada día para emprender cada trabajo, superarme y darles buen ejemplo.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme y darme, a lo largo de mi vida, las oportunidades para buscar la perfección en el servicio a mis semejantes.

A mis hermanos, Fernando y Mireya, por su amor y apoyo incondicional en todos mis proyectos.

A los Maestros que dedicaron su tiempo y trabajo para enseñar.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El seguimiento que los pacientes dan a sus necesidades de tratamiento dental es un tema poco explorado en los consultorios odontológicos de nuestro país, tanto en el ámbito público como en el privado. La mayoría de las personas acuden a la consulta odontológica hasta que se les presenta un dolor. Prevenir la extracción dental implica realizar otros tratamientos que brinden una alternativa diferente a la pérdida de piezas dentales, factor predisponente a muchos problemas de salud.

Los Servicios Odontológicos Privados, forman parte del conjunto de instituciones y organizaciones del sector salud, y complementan los aspectos de “recuperación y rehabilitación”, que el sector público no puede resolver en la actualidad.

Este estudio pretendió conocer cuántos de los pacientes que han acudido a la Clínica Odontológica de Especialidades durante un período de 10 años se adhirieron a los tratamientos recomendados, para preceder la exploración de los factores que en ello influyen. Se encontraron referencias de clínicas de las escuelas de odontología o servicios que en su mayoría pertenecen a alguna institución, en otros países.

Desde el punto de vista de salud pública, este es un estudio de comportamiento de los pacientes con relación a su salud bucal y/o necesidades de tratamiento, haciendo una exploración en un consultorio privado, donde acuden pacientes de diferentes condiciones. Se pretendió conocer cuál es la adherencia a su tratamiento, una vez que conocen sus necesidades y diagnóstico. Conociendo los resultados se crearán estrategias y se tomarán acciones que permitan la adherencia de todos los pacientes a sus tratamientos.

## II. ANTECEDENTES

Dentro de los estudios sobre la Adherencia de los pacientes al tratamiento, Broder et.al (2002), en su investigación *Perceived barriers and facilitators to dental treatment among female caregivers of children with and without HIV and their health care providers*. (Barreras y facilitadores percibidos para Tratamiento dental entre los cuidadores de los niños de la familia con y sin VIH y sus proveedores de atención médica), concluyeron que los facilitadores y barreras a la atención, son factores que incluyen a la familia, el cuidado dental y los sistemas de atención de salud, así como la comunicación interpersonal entre proveedores de servicios dentales y las familias. (12) Otra investigación de estos autores, en niños cuya gravedad justificó la remisión para tratamiento dental, quienes eran seropositivos al VIH (32%) y hermanos VIH seronegativos (9%), se adhirieron a las recomendaciones del tratamiento. (11)

Rengifo H. (2008), en el estudio “Caracterización de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en Cali, Valle del Cauca, Colombia”, concluyó que el diagnóstico principal registrado y primera causa de consulta fue la caries, en segunda instancia la gingivitis, y que los que se fueron del servicio presentaban más necesidades en todas las áreas de atención, 30% se pierden después de la primera cita. El porcentaje de adherencia del 26.7%, 48% ,40% y 36% y 89%. (41)

Alarcón Palacios, Alvarado Laos & Terán Tejada en el estudio “Prevalencia y factores asociados al cumplimiento de la fase de mantenimiento periodontal en pacientes del Post-Grado de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia”, concluyó: 10.9% de pacientes acuden a su mantenimiento y que las mujeres logran más adherencia terapéutica que los varones. No se encontró asociación al cumplimiento del mantenimiento periodontal en los pacientes que presentaron condiciones clínicas más graves. (2)

### **III. JUSTIFICACIÓN**

Los pacientes de diferentes condiciones acuden a la atención odontológica privada en busca de alternativas de tratamiento que logren la preservación de sus piezas y salud dental, sin embargo, existe insuficiente evidencia sobre la adherencia al tratamiento en estos pacientes.

Con la realización de este estudio se pretende conocer la adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de especialidades, Managua, durante el período Agosto 2005-Marzo 2015.

Los resultados de este estudio brindarán evidencia que podría servir para formulación de estrategias y acciones que permitan la adherencia de los pacientes a sus tratamientos para toda institución que trabaje en base a promoción y educación, así como en el conocimiento del tema abordado en esta investigación.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es frecuente que los pacientes asistan, por algún motivo, al consultorio odontológico con el propósito de conocer sus necesidades de tratamiento. El odontólogo realiza el examen y diagnóstico de forma integral e individual en todas sus piezas dentarias y tejidos de sostén, y explica al paciente su plan de tratamiento. En muchos casos los pacientes acceden a la realización de dicho plan de tratamiento recomendado, pero se percibe que cierta cantidad de pacientes, a pesar de conocer su diagnóstico y tratamientos indicados, no regresan al consultorio. Esto por su puesto significa que la condición de salud bucal del paciente irá empeorando, afectando su calidad de vida en diversos ámbitos.

**¿Cuál es la adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de especialidades, Managua, durante el período Agosto 2005-Marzo 2015?**

Las interrogantes específicas para este planteamiento son:

1. ¿Cómo se caracterizan sociodemográficamente los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de Especialidades?
2. ¿Cuál frecuencia de la Adherencia a los distintos tratamientos recomendados?
3. ¿Cómo es la frecuencia de la Adherencia según motivo de consulta, diagnóstico, tipo de tratamiento y presencia de enfermedad crónica?

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período Agosto 2005-Marzo 2015.

### **Objetivos Específicos:**

1. Describir las características socio demográficas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de Especialidades.
2. Conocer la frecuencia de la Adherencia a los distintos tratamientos recomendados.
3. Describir la frecuencia de la Adherencia según motivo de consulta, diagnóstico, tipo de tratamiento y presencia de enfermedad crónica.

## VI. MARCO TEÓRICO

El Sistema de Salud de Nicaragua, tiene participación pública y privada en la prestación de servicios. El MINSA, es responsable de la Rectoría Sectorial y es el principal prestador de servicios, cuenta con 0.4 odontólogos comparado con 8.4 médicos por 10 mil habitantes. Hasta finales del 2014, Nicaragua posee 2,691 dentistas registrados en el MINSA. (31) Por lo tanto, existe un dentista por cada 44 km<sup>2</sup> correspondiendo a 2,266 personas por dentista. (32) (6)

Una Clínica Dental, es el local donde se brinda y recibe la atención odontológica, pueden ser públicas o privadas, y prestar atención general o especializada, en ellas labora el odontólogo, realizando diagnósticos y procedimientos odontológicos en un ambiente clínico o sala operatoria, puede tener 1 o más sillones odontológicos y laborar profesionales de la odontología como el personal asistente o auxiliar.

La Odontología, que es la ciencia de la salud que se practica en estos consultorios, se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, que incluye los dientes, el periodonto, la articulación temporomandibular y el sistema neuromuscular. Tiene establecidas varias especialidades: rehabilitación oral o prostodoncia o prótesis dental, periodoncia o periodontología, endodoncia, odontopediatría, etc. Dependiendo del tamaño del consultorio dental y de su estructura organizativa, puede variar el número de personas que brindan el servicio. Así, existen consultorios dentales donde solamente labora un odontólogo, aunque la tendencia general, que es el establecimiento de consultorios dentales corporativos donde se desempeñan varios profesionales, ni la profesión de Higienista dental, se han arraigado totalmente en Nicaragua. Del mismo modo, existen casos en los que todas las labores son desempeñadas exclusivamente por el odontólogo.

Los odontólogos se encargan de realizar el diagnóstico dental, procedimiento que consiste en reconocer el problema que tiene un paciente, descubrir la causa e idear un plan de tratamiento.

El diagnóstico odontológico, tiene la particularidad de requerirse individualmente por cada pieza dental afectada, así como de los tejidos que la sostienen y otros componentes anatómicos del medio bucal. Por esto es que un paciente puede tener varias razones que lo motiven a visitar al dentista.

La historia médica también es esencial para facilitar el planeamiento y estructuración del diagnóstico, puesto que en ella se registra si el paciente es portador de una enfermedad, ya que, en el tratamiento dental, varias condiciones sistémicas como la diabetes y otras como hepatitis, tuberculosis, anemia, sida, etc. requieren cuidados especiales.

**El Motivo de consulta** es la causa por la cual el paciente asiste al consultorio. Es anotado en la ficha, como el paciente lo menciona. Puede haber uno o varios motivos en el mismo encuentro entre paciente y dentista, quien los jerarquiza en función de urgencia, gravedad, resolutivez, etc. Es un periodo de comunicación directa y franca, en el que el paciente transmite su situación, experiencias o dudas, da sus explicaciones, y el odontólogo escucha, creando un clima de serenidad y seguridad, para captar sus necesidades. (34)

Tanto la necesidad de tratamiento, que parte del motivo de consulta, como el tratamiento de las otras necesidades identificadas por el clínico, son importantes para devolver la salud dental. Para cada paciente la perduración o la deserción al tratamiento, supone una decisión personal que estará en dependencia de la respuesta a las expectativas frente a su patología y al mismo tratamiento.

Analizado el motivo de consulta y realizada la anamnesis y el diagnóstico odontológico se establece un Plan de tratamiento, propuesta de resolución en forma integral de los problemas bucales identificados planteado de manera secuencial, lógica y ordenada, tomando en consideración todas las disciplinas. (20)

En odontología se considera dentro del plan de tratamiento una *Fase preliminar o de urgencia*, que tiene como prioridad la eliminación del dolor. También existe otra

concepción de urgencia, se trata de los aspectos estéticos, primordiales para muchos pacientes, aunque no necesariamente impliquen incomodidad, dolor o disfunción.

La Clínica Odontológica de Especialidades, es parte del sector privado prestador de servicios odontológicos de salud, y en su oferta tiene varios tratamientos que en el sector público no se brindan en este momento. Fundada en el año 2004. Cuenta con la base legal que le permite la prestación de servicios cumpliendo con los documentos de ley, tales como, cédula RUC, matrícula de la Alcaldía de Managua, matrícula de la Dirección General de Ingresos (DGI), teniendo cuota fija en la declaración de impuestos al Estado. Ubicada a la altura del km. 16.8 c. a Masaya, en el Residencial Sierras Doradas donde existen un total de 300 casas y varios residenciales aledaños, la Aldea de San Pedro, Dirita y proximidad al municipio de Ticuantepe. Cuenta con 2 unidades dentales y equipamiento para varias especialidades. En su equipo de trabajo: Existen 3 odontólogos fijos, uno con dedicación a cirugía, implantes y rehabilitación, otro a endodoncia y el tercero a la odontología rehabilitadora y familiar. También cuenta con una asistente dental y 4 miembros PRN: Recepcionista, cirujano maxilo facial, anestesista y técnico dental (servicios de laboratorio dental).

En la presente investigación se pretendió conocer cuál es la adherencia, de los pacientes de este servicio, a los tratamientos recomendados.

La OMS define la Adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir tomar la medicación de acuerdo a la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia: tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado. (37)

También se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud, e incluyen la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los

cambios de estilo de vida recomendados y completar los análisis o pruebas solicitadas. (43)

El comportamiento adherente puede cambiar en el tiempo debido a la percepción del individuo, de la eficacia de la medicación, factores económicos, socioculturales, ambientales, etc. La no adherencia en medicina se relaciona con 4 factores los cuáles se interrelacionan: Factores asociados al paciente, al medicamento, factores ambientales y factores de interacción médico-paciente.

Las consecuencias de la no-adherencia al tratamiento, están relacionadas con las condiciones específicas del paciente y su patología, y transitan en un amplio rango de aspectos que van desde pérdida en la calidad de vida del paciente y su familia e incremento en los costos para el paciente y el sistema de salud, hasta casos de gravedad que comprometen la vida del paciente. Estas implicaciones también se pueden aplicar a la no adhesión de las terapias odontológicas, aunque no comprometa en la mayoría de los casos, la vida de los pacientes. (43) La no adherencia en odontología, implica agravamiento de la patología o diagnóstico de inicio en el paciente y complicaciones funcionales, estéticas y médicas entre otras. La adherencia al tratamiento odontológico se puede considerar como el grado en que el paciente cumple con el tratamiento, para recuperar la salud bucal, indicado por su odontólogo, así como las recomendaciones de higiene y otros cuidados.

Algunas investigaciones abordan este tema como es “Representaciones Sociales del Proceso Salud-Enfermedad en Pacientes Odontológicos del Sector Público y Privado”, en la cual Barrón Mazoco concluyó que la representación colectiva más relevante es la poca importancia que se otorga a la salud bucal, por no relacionarla con el resto del cuerpo. La pérdida dental es considerada normal a edad adulta, el odontólogo un lujo y no una necesidad, la salud dental un factor que tiene que ver más con la autoestima y la imagen, que con un bienestar físico. (9)

En la clínica dental se establece una relación especial entre el odontólogo y sus pacientes, debido a que muchos de los tratamientos conllevan varias y largas citas, el grado de confianza y aceptación que tiene el paciente por el odontólogo es fundamental para el buen desarrollo y finalización de la terapia, entre otros aspectos que también pueden influir, como los culturales, educación, condiciones económicas, entorno social, hábitos de higiene personal, experiencias personales y familiares, etc. así que el tema de adherencia al tratamiento odontológico se ve afectado por muchos de los aspectos antes mencionados. Dahiya et al. (2014) en su investigación El cumplimiento del paciente, clave para el tratamiento dental con éxito, concluyó que, para una consulta sobre la base de la confianza mutua y la comunicación, ambas partes deben adaptarse a las necesidades y demandas de cada uno para la igualdad de papeles en todo el proceso y que los dentistas deben ser quienes tomen un mayor control y un papel activo en la comprensión y la valoración de sus pacientes como individuos y para garantizar una relación exitosa y continuidad en el proceso de tratamiento, deben centrarse en la construcción de un fuerte sentido de confianza que impregna todos los aspectos de las interacciones dentista-paciente. (23)

En otros estudios se reportan los porcentajes de adherencia como en “Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia”, donde López-Portilla J. E., Pilataxi-Sánchez, S., concluyeron que el 56% de pacientes, llegaron al final de sus tratamientos. (29)

Peerbhay, en el 2009, en la investigación “Cumplimiento de la atención dental preventiva tras el tratamiento de los niños bajo anestesia general” encontró que el 63% regresó para el seguimiento, y solo el 22% volvió a los tres meses a su cita de seguimiento. (35)

En un estudio cualitativo sobre las “Razones de los adolescentes para la falta de adherencia a los tratamientos dentales”, Cien Saude Colet, en el 2012, concluyó que la adherencia se relaciona con diferentes prioridades: ninguna; prioridad y

cambio de prioridad, y que los aparatos ortodóncicos eran un potente estimulador de interés en el establecimiento de prioridades en el cuidado de la salud oral. (16) Broder, Catalanotto, Reisine, & Varagiannis, en 1996, en su investigación Oral health perceptions and adherence with dental treatment referrals among caregivers of children with HIV, observaron mala adherencia a las recomendaciones para el tratamiento dental, y concluyeron que el paciente, la familia y el sistema de atención, expresaron barreras para el cuidado dental. (11)

Igualmente, Refuat Hapeh Vehashinayim en,1993, concluyó que la adherencia del paciente dental en su comportamiento para mejorar la salud, no es principalmente la responsabilidad del dentista, sino también del paciente. El dentista puede contribuir a la adherencia implementando algunas acciones o cuidados.

La adherencia puede lograrse informando al paciente sobre los diferentes métodos para el mantenimiento de la higiene oral, explicándole cómo la adherencia le beneficia y permite un resultado positivo del tratamiento, proporcionando una visión amplia e informativa de su problema específico. Otra forma de lograr adherencia es estableciendo una relación positiva entre el odontólogo y paciente, crucial para la consecución de resultados eficaces y satisfactorios de tratamiento, y por medio del uso de recordatorios, así el dentista puede sugerir diferentes ideas para prevenir resbalones y retiros en la conducta del paciente, a través de calendarios dentales o llamadas telefónicas periódicas para impulsar la persistencia del paciente en sus acciones. Además, es posible, por supuesto, contar con la familia y amigos del paciente como una potencia auxiliar de apoyo. (40)

En el estudio “Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos”, Juárez R. P., Chahin J. R., Vizcaya M. M. & Arduña E.I., concluyeron que la mayoría de pacientes eran mujeres, pero los que más se adhirieron eran hombres de un nivel educativo superior, un predominio de casados y mayor tasa de ocupación laboral. La razón principal para

la última visita al odontólogo fueron urgencias, seguido de consultas de control y restauraciones. (28)

La adherencia al tratamiento ha sido relacionada, en las investigaciones mencionadas, con diferentes aspectos, pero en esta investigación se trató de describir según el motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento o presencia de enfermedad crónica. Si bien no se encontró teoría que soporte esta misma relación, algunas investigaciones abordan estas variables las cuales sirvieron para interpretar los resultados obtenidos. También con las variables sociodemográficas. Según Dahiya y colaboradores, en el 2014, en el estudio Patient Compliance, key to successful dental treatment, las principales razones de la búsqueda del tratamiento dental son la caries, gingivitis y la periodontitis. (23)

Otros autores refieren diferentes motivos de consulta. Saldarriaga P.O. J., y Sánchez H. M., Avendaño R. L, en la investigación “Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003”, encontraron que el principal fue la revisión, seguido por obturaciones y en tercer lugar urgencias. Cerca de la tercera parte de las gestantes, relatan haber tenido dolor en la boca o dientes, inflamación o sangrado de las encías durante el embarazo. (42)

Alarcón Chávez, G.P. en la investigación “Demanda, procedencia, motivo de consulta y destino de los pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica Central durante el período de 1999 – 2003”, concluyó que los motivos de consulta más frecuentes fueron: “control”, tanto en hombres como mujeres, “caries” y “otros”. En los pacientes de 11 años, fue “caries. (3)

Cigales Reyes A, Chaviano Morenora M, Sánchez Delgado Z, Robaina Rivero E.R, García Romero M., en el 2007, determinaron que los pacientes del grupo de 20 a 34 años, del género femenino y de un nivel medio superior fueron los que más acudieron al servicio de urgencia por caries dental, y los provenientes de áreas rurales y cuyo motivo de consulta fundamental fue el dolor dental. (17) Siempre en

relación al motivo de consulta, Barrón Mazoco, en el estudio “Representaciones sociales del proceso Salud-Enfermedad en Pacientes odontológicos del Sector Público y Privado” concluyó que fue la molestia o dolor, en segundo lugar, estuvo la revisión periódica. Mencionó también la ortodoncia y reposición de dientes. (9)

Igualmente, Díaz Pérez, R., Hernández Quiroz, E., Gutiérrez Valdez, D.H. en el 2014, en el estudio “Clasificación del estado físico de los pacientes según la sociedad americana de anestesiología (saa) en adultos atendidos por emergencia odontológica”, concluyeron que el principal motivo de consulta fue dolor dental. (24) Abay Debs V, Palma López M. y Pérez Álvarez S. en el estudio “Resolutividad de los servicios de urgencia en estomatología: necesidad de estrategias para el cambio”, concluyeron que el diagnóstico y motivo de consulta más frecuente es caries dental, le siguen las patologías pulpares y las menos frecuentes son las alveolitis y las hemorragias. (1)

Barquero Cea E. M., Mejía Flores S. L. y Molina Ayala K. A., en el estudio “Diagnóstico de La Condición Bucal de La Población que asiste a las Unidades de Salud de Santa Rosa de Lima, Agua Fría y San Alejo del Departamento de La Unión durante el Año 2009”, concluyeron que los pacientes entre 12 a 19 años y de 5 a 11 años fueron los que más asistieron a la consulta y del género femenino en una de las poblaciones estudiadas, y en la otra población fueron los del género masculino. El principal motivo de consulta fue limpiezas dentales. (8)

“Modalidades terapéuticas recibidas por el paciente anciano” investigación realizada por Modesto Ramírez y Díaz Guzmán en la Escuela de Odontología de la Universidad de Baja California. 1995 encontró como principal Motivo de Consulta el dolor en un 45%, y en un 39% Necesidad sentida de requerir tratamiento y un 16% Revisión y 0% otros Motivos. (39)

Según los antecedentes revisados, la mayoría de los pacientes acuden por razones de emergencia, relacionadas con dolor por caries dentales. Aun así, se pueden

presentar diferentes motivos de consulta como los encontrados en la presente investigación. Entre los más comunes además del dolor en cualquier pieza dental o en las cordales, la extracción y reposición de piezas dentales, también se encuentran los motivos estéticos, es decir los pacientes desean “limpiarse los dientes”, o bien “blanquearse”, o mejorar la apariencia de los mismos.

De estos motivos se derivan una variedad de diagnósticos y planes de tratamientos que se ajustan a las patologías y necesidades individuales, pero estos requieren visitas continuas, algunas de corta otras de larga duración, lo que crea la interrogante sobre si llegan a concluirse todos los tratamientos que se recomiendan a los pacientes.

Entre los diagnósticos, más comunes encontrados en esta investigación figuran la Caries Dental, enfermedad de los tejidos calcificados del diente, provocada por ácidos que resultan de la acción de los microorganismos sobre los hidratos de carbono. Se caracteriza por la descalcificación de la sustancia inorgánica, que va seguida por la desintegración de la sustancia orgánica. La Clasificación de la Caries dental, según G. Mount y R. Hume, (1997, 1998a, 1998b), es según el sitio donde se localiza y el estadio en el que se encuentra.

Se diagnosticaron Restauraciones Deficientes caracterizadas por cambios de color, pigmentación y filtración marginal, corrosión, desgastes, fracturas o recidivas de caries. (7).

Pulpitis irreversible sintomática (PVI): Diagnóstico basado en signos y síntomas, que indican que el tejido pulpar vital inflamado es incapaz de cicatrizar, con dolor persistente al estímulo térmico, espontáneo y referido. Y la Pulpitis irreversible asintomática (PVI): indica que la pulpa vital inflamada, es incapaz de cicatrizar. Caracterizada por la carencia de sintomatología clínica; pero el proceso inflamatorio producido por caries o trauma puede avanzar hasta causar necrosis pulpar. (27)

Abfracción es una lesión no cariosa en forma de cuña en el LAC (límite amelocementario) causado por fuerzas oclusales excéntricas que llevan a la flexión dental. La sufre el diente a nivel del tercio cervical y la fractura de la dentina trae

como consecuencia el desprendimiento de los cristales de esmalte, puede presentar síntomas de hipersensibilidad o incomodidades estéticas. Se define como síndrome de Compresión. (22)

El trauma dentoalveolar es la lesión de los dientes o tejidos blandos producida por una acción violenta sobre la cavidad bucal, ocasiona la fractura o pérdida de uno o varios dientes. La clasificación de trauma dentoalveolar según la OMS, distingue cuatro grupos principales que son: Lesiones de tejidos duros dentarios y de la pulpa; Lesiones de los tejidos periodontales: afecta el esmalte, la dentina, cemento y expone la pulpa; lesiones del hueso de sostén y lesiones de la encía o de la mucosa oral. (25)

Las Periodontopatías son otras patologías frecuentes, comprenden según la Clasificación de Enfermedades Periodontales del International Workshop (1999), Enfermedades gingivales, Periodontitis crónicas, Periodontitis Agresivas, Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas, Enfermedades periodontales necrotizantes, Abscesos del periodonto, Periodontitis asociada a lesiones endodónticos, Enfermedades Gingivales asociadas placa y Enfermedades gingivales no asociadas a placa. (5)

La enfermedad gingival son las alteraciones de la encía, en su mayoría son de tipo inflamatorio y evolucionan hacia la Periodontitis que es una condición patológica que afecta los tejidos de soporte alrededor de la raíz de un diente, causada por la placa bacteriana que se calcifica alrededor de los dientes convirtiéndose el tártaro o cálculo. Signo típico es el sangrado gingival espontaneo, cambios en los tejidos gingivales como recesión o alargamiento, hinchazón, formación de bolsas periodontales que llevan a la pérdida del hueso alveolar y eventualmente del diente. La inflamación de la gíngiva, forma más común de enfermedad gingival, produce una Gingivitis marginal crónica, que puede permanecer estacionaria por períodos indefinidos, o evolucionar con rapidez hacia la destrucción de los tejidos de soporte (Periodontitis).

El foco séptico fue otro diagnóstico encontrado en esta investigación. Es un proceso inflamatorio, a menudo de origen infeccioso, crónico. Algunas veces se producen reacciones clínicas que provocan lesiones en órganos distantes, donde se desarrolla una patología metastásica, llamada "foco secundario". Está normalmente presente en la región dentaria, amigdalara, sinusal u otras regiones donde se desarrolla la enfermedad focal. (14)

La Periodontitis apical sintomática o PAA (Periodontitis apical aguda), es la inflamación del periodonto apical, produce sintomatología dolorosa a la masticación, percusión o palpación, puede o no estar asociada con radiolucidez apical.

La Periodontitis apical asintomática o PAC (Periodontitis Apical Crónica): Es la Inflamación y destrucción del tejido periodontal apical de origen pulpar y aparece como un área radiolúcida apical, y no produce síntomas clínicos. (10)

Ante esta variedad de diagnósticos, existen variados planes de tratamiento, encontrados en esta investigación. Entre ellos el Detartraje y pulido dental. Los pacientes se refieren a este procedimiento como "Limpieza Dental", el Blanqueamiento Dental, (7) el Curetaje o legrado subgingival que es el tratamiento de bolsas periodontales, para eliminar la pared gingival de la bolsa y el tejido blando enfermo, también el tratamiento periodontal quirúrgico, la Gingivectomía, es un método más común para eliminar las bolsas periodontales grandes, es la resección quirúrgica del tejido gingival enfermo. (15)

Cuando las piezas dentales sufren daños, por caries o traumatismos que afectan su tejido estructural, las alternativas varían según la severidad. Los tratamientos consisten en Restauraciones como Obturaciones, incrustaciones, carillas estéticas o coronas. También se consideran restauraciones, diversos medios accesorios o complementarios de retención (pernos, pines, etc), que tienen por función reforzar el diente debilitado y ayudar a la sujeción de la parte reconstruida del diente. (18)

Otros tratamientos comúnmente realizados fueron La Endodoncia, Endoposte y Muñón, Pulpotomía, prótesis parciales fijas (PPF) y las prótesis parciales

removibles(PPR) aunque Modesto Ramirez. L. y Díaz Guzmán L. 1995, concluyeron que los tratamientos más frecuentes: Exodoncia, Operatoria Dental, Periodoncia, Odontología Preventiva, Endodoncia, Ninguno, Cirugía Bucal, Ortodoncia, Medicina Bucal y los principales Motivos de Consulta fueron el dolor, Necesidad sentida de requerir tratamiento, Revisión y otros. (39)

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

- a. **Tipo de estudio:** Transversal descriptivo.
- b. **Área de estudio:** Managua.
- c. **Universo:** 718 Fichas clínicas correspondientes a los pacientes que acudieron al consultorio dental durante el período agosto 2005 – marzo 2015.
- d. **Muestra:** 542 expedientes que se seleccionaron muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando el 75% de los pacientes.
- e. **Unidad de Análisis:** Pacientes que acudieron a la clínica odontológica de especialidades de agosto 2005 a marzo 2015.

**f. Criterios de Selección:**

Criterios de inclusión: Todas las fichas clínicas de los pacientes que asistieron al consultorio dentro del período comprendido entre agosto 2005 y marzo 2015.

Criterios de Exclusión:

- Las fichas clínicas que no se encuentren dentro del período entre agosto 2005 – marzo 2015.
- Las fichas clínicas que presente incompletos los datos requeridos.

**g. Variables por objetivo:**

**Objetivo 1: Describir las características socio demográficas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de Especialidades.**

- Edad
- Sexo

- Procedencia
- Ocupación.

**Objetivo 2: Conocer la frecuencia de la Adherencia a los distintos tratamientos recomendados.**

- Adherencia al tratamiento

**Objetivo 3: Describir la frecuencia de la Adherencia según motivo de consulta, diagnóstico, tipo de tratamiento y presencia de enfermedad crónica.**

- Motivo de Consulta
- Diagnóstico
- Tratamiento Recomendado
- Enfermedad Crónica

**h. Fuentes de información:** Secundaria. Fichas clínicas (Expediente)

**i. Técnica de recolección de información:** Consistió en la revisión de las fichas clínicas, tomando de cada una la respuesta a cada interrogante del formulario. Las interrogantes fueron algunas abiertas y otras cerradas, en dependencia del objetivo perseguido, respondiendo según lo registrado en la ficha de cada paciente. La mayoría de los formularios fueron llenados por la investigadora.

**j. Instrumento de recolección de información:** Formulario diseñado de acuerdo a los objetivos del estudio.

**k. Procesamiento de datos:** Los datos y variables recopilados de acuerdo a los objetivos de estudio, fueron procesados con el paquete estadístico SPSSv19. Primeramente, se obtuvo la información que correspondiese con las variables individuales de cada objetivo del estudio. Seguido se realizaron cruces de variables de interés para obtener información de importancia relacionada con el objetivo general de la investigación y con los objetivos específicos. Para la elaboración del informe se utilizó Microsoft office Word 2016 y Microsoft Power Point 2016 para la presentación de la información.

La amplitud de motivos de consulta, combinación de diagnósticos y, por consiguiente, de combinación en los tratamientos recomendados y en los tratamientos realizados, obligó a sintetizarlos, con el fin de poder apreciar claramente los resultados obtenidos. Esta síntesis se realizó agrupando los motivos de consulta, diagnósticos y tratamientos que tuvieran relación.

35 diferentes motivos de consulta expresados por los pacientes, se sintetizaron a 9.

89 combinaciones de diagnósticos se sintetizaron a 13.

123 combinaciones de tratamientos recomendados se sintetizaron a 8.

**I. Consideraciones éticas:** La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio.

**m. Trabajo de campo:** Se seleccionaron los expedientes que cumplieran los criterios de inclusión. Se inició el llenado de cada formulario de acuerdo a instructivo. Se hizo una calibración entre dos recolectores, la investigadora y un auxiliar. Se procedió a finalizar el llenado de un formulario por cada expediente, anotando cada variable. Al hacer una comparación entre el plan de tratamiento propuesto y el realizado se determinó la respuesta si el paciente se adhirió al tratamiento o no.

## VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Objetivo 1: Describir las características socio demográficas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de Especialidades.**

**Tabla 1. Edad de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015**

<b>Edad</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
<b>0-6años</b>	30	5.5
<b>7-18 años</b>	78	14.4
<b>19-25 años</b>	60	11.1
<b>26-35 años</b>	110	20.3
<b>36 a 45 años</b>	99	18.3
<b>46-60 años</b>	89	16.4
<b>61 a más años</b>	76	14.0
<b>Total</b>	542	100.0

Fuente: Secundaria. Fichas clínicas.

La mayoría de los pacientes se encontraron en el intervalo de edad entre los 26 a 35 años representando un 20.3%, con poca diferencia le sigue el grupo de 36 a 45 años, representando un 18.3%, y los pacientes entre los 46 a 60 años con un 16.4%. Es decir que los pacientes en su mayoría son adultos, ya que el porcentaje desciende notoriamente en niños entre 0 a 6 años, que son el grupo de edad de menor frecuencia, apenas un 5.5%, en el rango 19 a 25 representando el segundo porcentaje más bajo de 11%. Le siguen los rangos que concentra a niños y adolescentes entre 7 a 18 años, y adultos mayores que tienen porcentaje similar, de 14%.

Estos resultados se contraponen con los apreciados en algunos antecedentes donde se revisa la edad de la población que asiste a la consulta odontológica, como

lo encontrado por Barquero Cea E. M., Mejía Flores S. L. y Molina Ayala K. A. en la investigación “Diagnóstico de La Condición Bucal de La Población que asiste a las Unidades de Salud de Santa Rosa de Lima, Agua Fría y San Alejo del Departamento de La Unión durante el Año 2009”, donde el mayor porcentaje de los pacientes oscilaban en rangos de edades más jóvenes de 12 a 19 años con 31% y de 5 a 11 años de edad con 52%. (8)

Igualmente se contrapone a lo encontrado por Cigales Reyes A., Chaviano Morenora M., Sánchez Delgado Z, Robaina Rivero E.R., García Romero M., en la investigación “Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental”, donde la mayoría de los pacientes también se encontraron en el rango entre los 20 a 34 años. (17)

Sin embargo, cabe destacar que las investigaciones que se tomaron como referencia se realizaron en su mayoría en grupos específicos como niños, adolescentes, mujeres gestantes, pacientes con enfermedad periodontal, lo que significa que tienen edades que los caracterizan.

**Tabla 2. Sexo de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015**

<b>Sexo</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
<b>Masculino</b>	224	41.3
<b>Femenino</b>	318	58.7
<b>Total</b>	542	100.0

Fuente: Secundaria. Fichas clínicas

El mayor porcentaje de pacientes pertenecían al sexo femenino, representando el 58.7%, similar al encontrado por Alarcón Palacios, Alvarado Laos & Terán Tejada en la investigación “Prevalencia y factores asociados al cumplimiento de la fase de mantenimiento periodontal en pacientes del Post-Grado de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia”, en donde un 56.5% de pacientes era del sexo femenino (2), también a lo encontrado por Barquero Cea, E. M, Mejía Flores, S. E., y Molina Ayala, K.A., en el estudio “Diagnóstico de La Condición Bucal de La Población que asiste a las Unidades de Salud de Santa Rosa de Lima, Agua Fría y San Alejo del Departamento de La Unión durante el Año 2009”, donde la población que más asistió a la Unidad de Salud de Santa Rosa de Lima fue la femenina con 55%, pero difiere en esta misma investigación, en donde la población masculina significó el 57% para la Unidad de Salud de San Alejo y Agua Fría.(8)

Juárez, R.P., Chahin, J.R., Vizcaya, M. M. y Arduña, E. M de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina encontraron resultados similares en la investigación “Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos”, en donde el 64 % eran del sexo femenino y 36% varones. (28)

**Tabla 3. Ocupación de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015**

Ocupación	Recuento	%
Desempleado	18	3.3
Otros	24	4.4
Jubilado	59	10.9
Trabaja Independiente	100	18.5
Estudiante	118	21.8
Empleado	223	41.2
<b>Total</b>	<b>542</b>	<b>100</b>

Fuente: Secundaria. Fichas clínicas

La mayor parte de los pacientes eran empleados, representando el 41.2%, seguidamente el grupo más numeroso fueron los estudiantes, con un 21.8% y los trabajadores independientes, con 18.5%. Similar a lo encontrado por Juárez R. P., Chahin J. R., Vizcaya M. M. & Arduña E.I., donde se dio la mayor tasa de ocupación laboral. (28)

Un 10.9% de los pacientes eran jubilados, y en porcentajes mínimos desempleados u otros.

**Tabla 4. Procedencia de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica.**

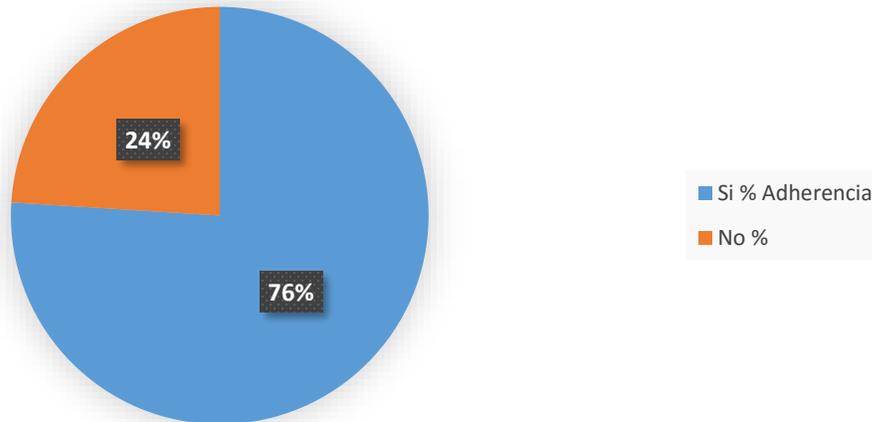
<b>Lugar de procedencia</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
<b>Fuera de Nicaragua</b>	30	5.5
<b>Fuera de Managua</b>	88	16.2
<b>Carretera a Masaya</b>	134	24.7
<b>Managua</b>	135	24.9
<b>Sierras Doradas</b>	155	28.6
<b>Total</b>	542	100

Fuente: Secundaria. Fichas clínicas

Los pacientes proceden, en un porcentaje un poco mayor, del mismo residencial donde se ubica el consultorio, en un 28.6%, le siguen los pacientes procedentes de las zonas próximas, como es la carretera a Masaya y los que proceden de Managua, con un 24.7 y 24.9% respectivamente. La proximidad es un factor importante para los pacientes que asisten al consultorio, pero no es un factor determinante, pues hay un porcentaje similar entre los que provienen de Managua y los que provienen de la carretera a Masaya. En menor cantidad, aunque en porcentaje no despreciable, del 16.2%, hay pacientes provenientes de fuera de Managua. Los que provienen de fuera de Nicaragua son los que tienen el porcentaje mínimo, 5.5% en relación a las otras procedencias.

**Objetivo 2. Conocer la frecuencia de la Adherencia a los distintos tratamientos recomendados.**

**Gráfico1. Adherencia a los distintos tratamientos recomendados**



Fuente Tabla No. 5

Los estudios en mención sirven de comparación en algunas de las variables estudiadas, pero no tienen los mismos objetivos, por lo tanto, no pueden servir como referentes teóricos para discusión de los objetivos específicos de la presente investigación, como son conocer la adherencia relacionada con motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento. Sí es de notar que, en todas las variables cruzadas con la Adherencia, predominó la adherencia al tratamiento. Es decir que independientemente de motivo de consulta, diagnóstico o tratamiento, la tendencia siempre fue hacia la Adherencia, por lo tanto, se pudo relacionar con algunos resultados encontrados en los antecedentes en lo que respecta a la Adherencia al tratamiento. Así tenemos que Juárez R. P., Chahin J. R., Vizcaya M. M. & Arduña E.I. en el estudio “Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos”, separaron por sexo a los pacientes “no controlados”, el 34 % mujeres y 66 % hombres, a los que se puede confrontar con los que en esta investigación “no se adhirieron” al tratamiento, que representaron el 24%. Aunque la no adherencia fue baja, queda por explorar las

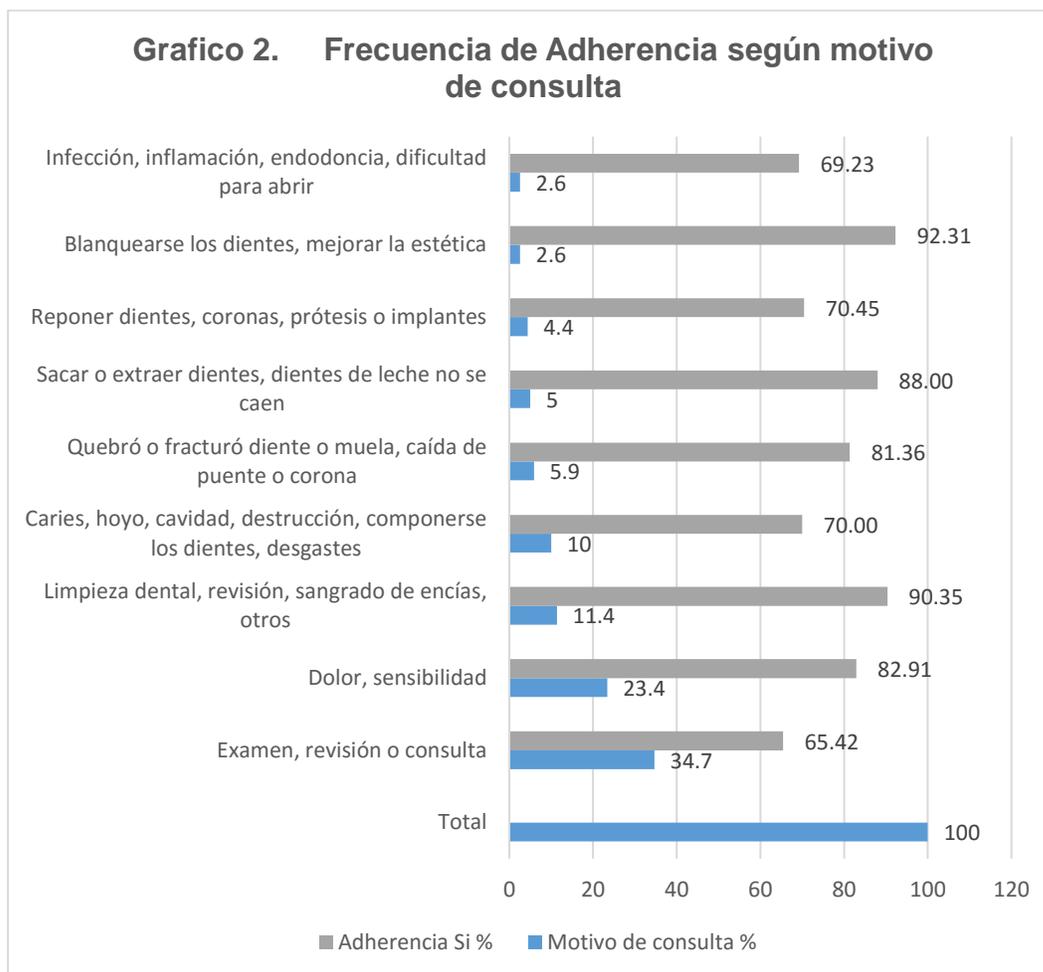
causas, y ver si tienen relación con lo referido en ciertas investigaciones, que demostraron que la poca adherencia tiene que ver con la poca importancia que dan los pacientes a su salud bucal, dejándola entre sus prioridades menos urgentes y tomándola como un aspecto secundario de su salud.

Comparando también el porcentaje de pacientes terminados con lo reportado por Rengifo H. de 26.7%, 48%, 40% y otra localidad, con 36% y 89%, en el presente se encontró un 76% de pacientes que finalizaron su tratamiento recomendado. Este es un porcentaje bastante alto, comparado con la mayoría de los encontrados en otros estudios, por lo que puede considerarse que los factores que facilitan el término de los tratamientos están inclinados hacia la adherencia. Entre esos factores se pueden considerar los que Dahiya y colaboradores, en el estudio "Patient compliance, key to successful dental treatment" concluyó, como es la confianza mutua y comunicación, entre el odontólogo y el paciente, las cuales son claves para el cumplimiento por parte del paciente.

Otro estudio que sirve de referencia con respecto a la Adherencia al tratamiento es "Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia", donde López-Portilla, J. E., Pilataxi-Sánchez, S. Rodríguez Escobar, L.D., Velásquez-Rivera, A. C., López Blandón, M.A. Martínez-Delgado, C. M., Agudelo Suárez, A. A. encontraron que el 56% de pacientes que habían llegado al final de sus tratamientos.

En otros estudios se reporta una adherencia aún menor, un 22% y hasta un 6%, a pesar de ser en pacientes que, por condiciones de salud o características, como es en pacientes con VIH o en niños, se debería tener mayor preocupación por finalizar los tratamientos recomendados.

**Objetivo 3. Describir la frecuencia de la Adherencia según motivo de consulta, diagnóstico, tipo de tratamiento y presencia de enfermedad crónica.**



Fuente: Tabla No. 6

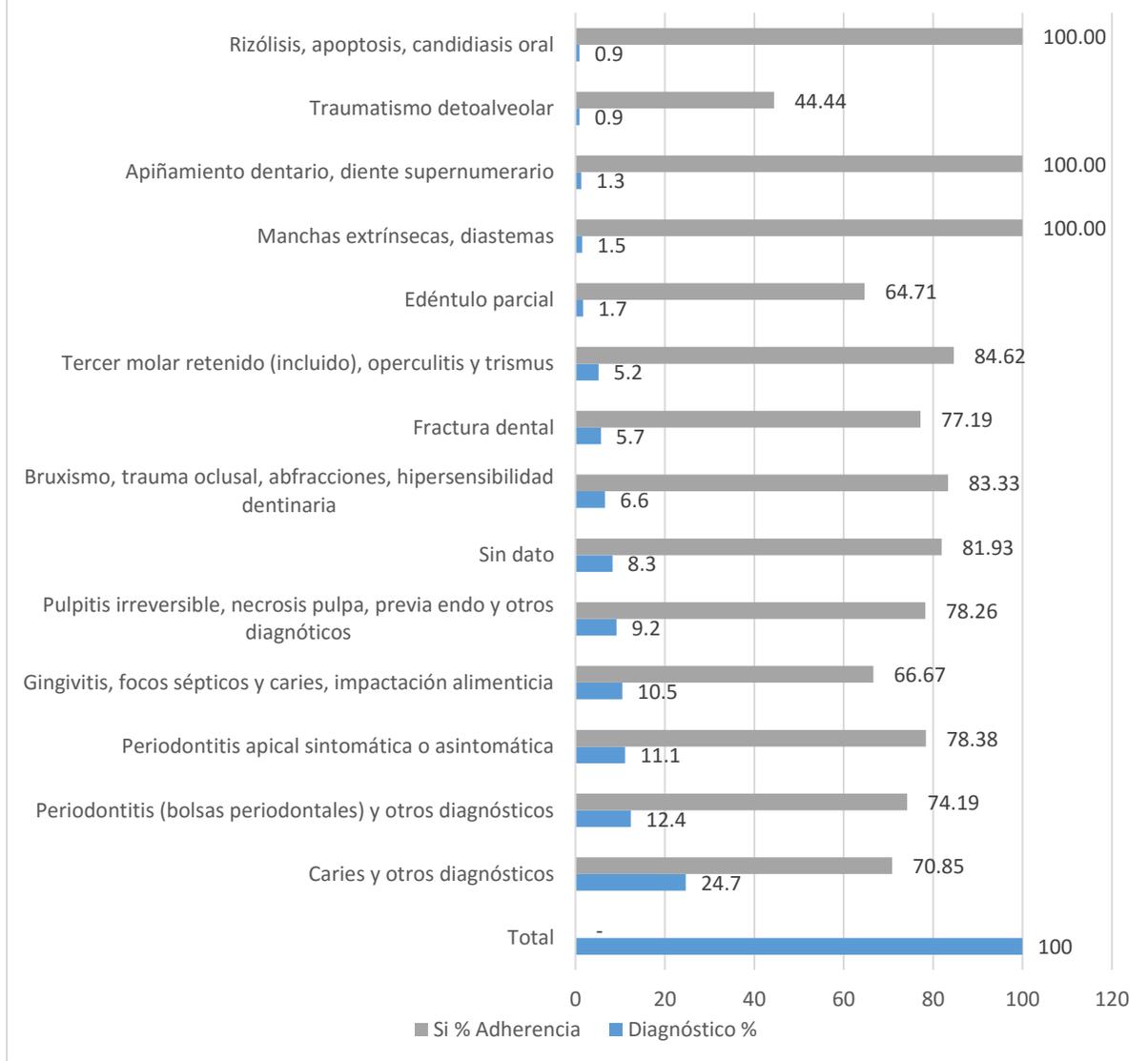
La frecuencia de la Adherencia al tratamiento refleja que en todos los de los Motivos de consulta, por los cuales los pacientes visitaron el consultorio, predominó la adherencia. Ejemplo: Los pacientes que acudieron por dolor o sensibilidad, representaron el 23.4% de todos los motivos de consulta, el 19.4% de los casos se adhirieron al tratamiento recomendado. Esto significó el 65.42% de adherencia en los pacientes cuyo motivo de consulta fue el dolor o sensibilidad. Ver Anexo No. 5, Tabla No. 6.

El motivo por el cual asistieron en mayor porcentaje fue el “examen, revisión o consulta”, en segundo lugar, “dolor, sensibilidad” y en tercer lugar las “limpiezas dentales, revisión, sangrado de encías y otros motivos”. Similar a lo encontrado por Saldarriaga P.O. J., y Sánchez H. M., Avendaño R. L. donde el principal motivo de consulta fue la revisión, aunque difiere en los siguientes: obturaciones y urgencias. en “Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003”, donde el principal motivo de consulta fue la Revisión en un 48.6% de las mujeres, difieren en las Obturaciones en el 17.9%, que en la presente investigación fueron las referidas por los pacientes como caries, hoyo, cavidad, destrucción, etc. y representaron un 10%. (42)

También difiere con otros estudios, como en “Representaciones Sociales del Proceso Salud-Enfermedad en Pacientes Odontológicos del Sector Público y Privado” de la población zacatecana, en el cual Barrón Mazoco y García Zamora, encontraron que “la molestia o dolor” fue el principal motivo de consulta, en segundo lugar estuvo la “revisión periódica”, “ortodoncia” y “reposición de dientes”. (9)

Otras investigaciones que no coincide con el motivo de consulta que llevó a los pacientes es “Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos” en la cual, la razón principal para la visita al odontólogo, son urgencias, seguido de consultas de control y restauraciones(28) y en lo referido en la investigación “Diagnóstico de La Condición Bucal de La Población que asiste a las Unidades de Salud de Santa Rosa de Lima, Agua Fría y San Alejo del Departamento de La Unión durante el Año 2009”, donde el principal motivo de consulta fue limpiezas dentales, motivo que quedó en tercer lugar, en la presente investigación.(8)

**Grafico 3. Frecuencia de la adherencia al tratamiento según diagnóstico**

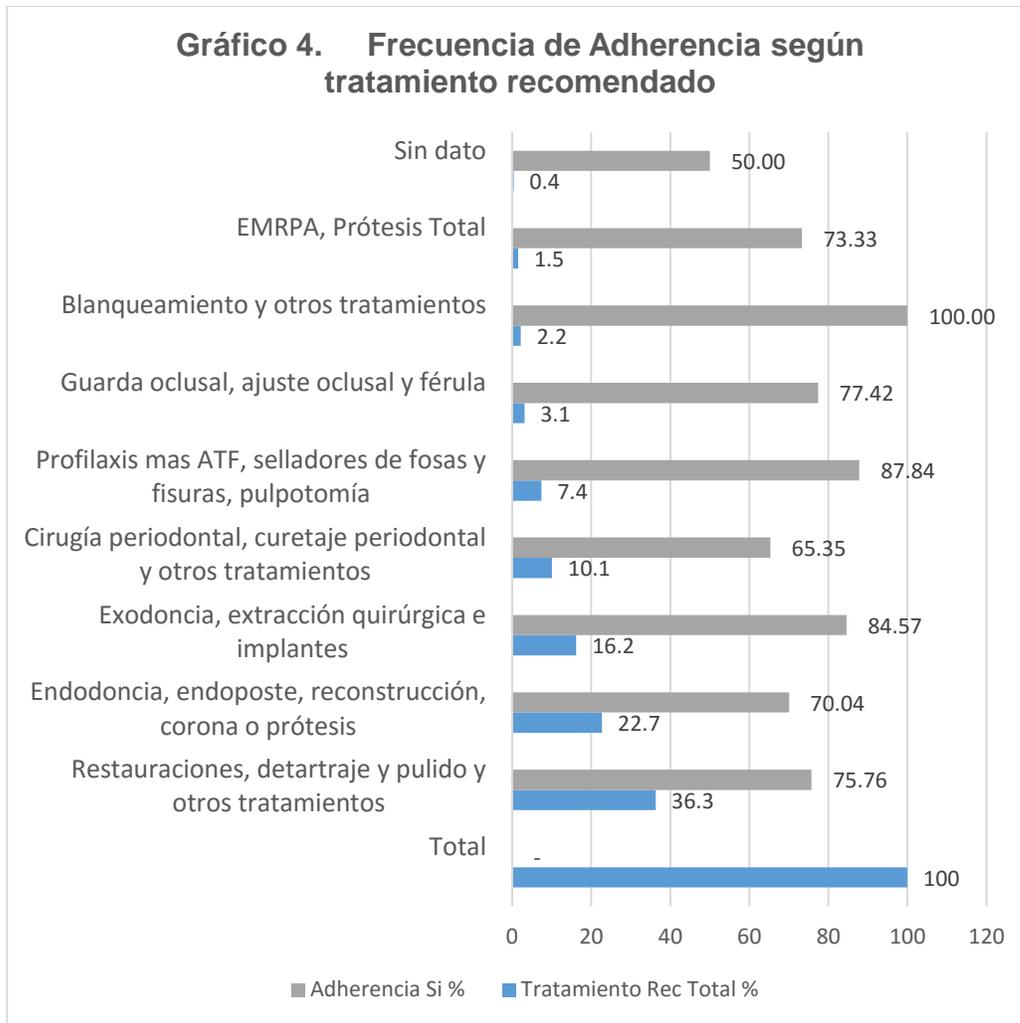


Fuente: Tabla No. 7

Hubo mayor porcentaje de adherencia al tratamiento recomendado en todos los diagnósticos, en su mayoría superior al 70%. Así por ejemplo en el caso de Periodontitis Apical Sintomática o Asintomática, que representó el 11.1% de los diagnósticos, el 8.7% se adhirió al tratamiento, esto significa que el 78.38% de

pacientes con este diagnóstico se adhirió al tratamiento recomendado. Ver en Anexos Tabla No. 7

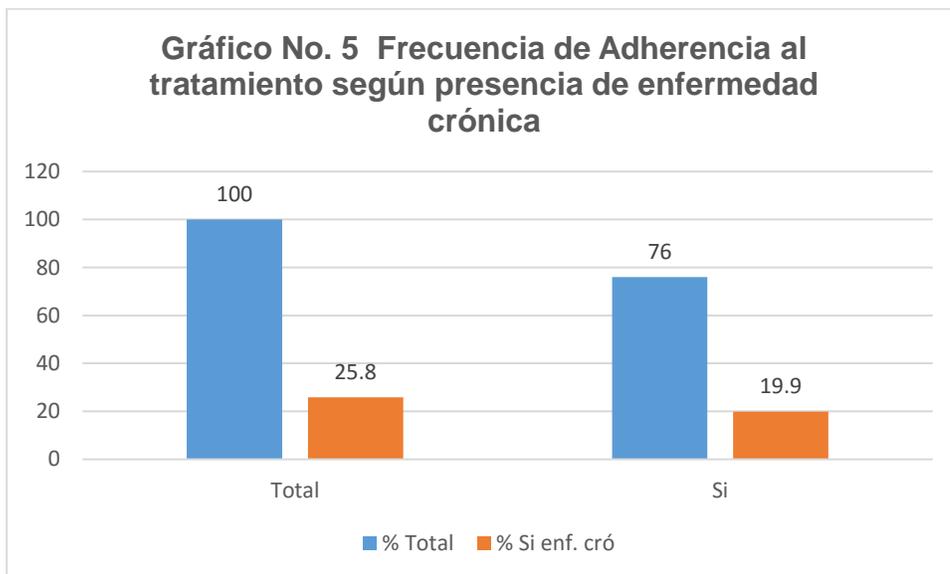
Los diagnósticos más frecuentes fueron Caries, similar a lo encontrado por Abay Debs V, Palma López M. y Pérez Álvarez S., en segundo lugar, Periodontitis (bolsas periodontales) y otros diagnósticos y, en tercer lugar, con un porcentaje bastante similar de 11% y 10% “Periodontitis apicales” y “Gingivitis, focos sépticos y caries, impactación alimenticia”. (1)



Fuente Tabla No. 8

En todos los tratamientos recomendados predominó la Adherencia al mismo. Por ejemplo, en el caso de las Exodoncias, Extracciones quirúrgicas e implantes que fueron los tratamientos en tercer lugar más frecuentes, de 16.2% que representaron, el 13.7 se adhirió al tratamiento. Esto significa un 84.57% de adherencia en dichos tratamientos. Así en casi todos los tratamientos el porcentaje de adherencia fue mayor del 70%. Solo en un caso 50% y en otro 65.35%. Ver Anexo Tabla No. 8

Los tratamientos que se realizaron en mayor porcentaje fueron Restauraciones, detartraje y pulidos y en segundo lugar Endodoncias, endopostes, reconstrucciones, coronas y prótesis.



Fuente Tabla No. 9

Del 100% de los pacientes, el 76% se adhirieron al tratamiento, de los cuáles 19.9 % padecía alguna enfermedad crónica. Del total de pacientes atendidos el 25.8% padecían enfermedades crónicas.

Independientemente de referir enfermedad crónica, los pacientes se adhirieron al tratamiento recomendado en la mayoría de los casos.

## **IX. CONCLUSIONES**

1. La mayoría de los pacientes atendidos se encuentran entre las edades de 26 a 60 años, son del sexo femenino, empleados, y en menores porcentajes, estudiantes y trabajadores independientes. El mayor porcentaje de pacientes proviene vecindario donde se encuentra ubicado el consultorio, y en cantidades similares provienen de Managua y de carretera a Masaya.
2. En este estudio se observó que la mayoría de los pacientes se adhirió al tratamiento odontológico recomendado.
3. En la mayoría de los motivos de consulta, diagnósticos y tratamientos recomendados, así como en presencia o ausencia de enfermedad crónica, predominó la adherencia al tratamiento.

## **X. RECOMENDACIONES**

A los odontólogos responsables de administrar el consultorio:

1. Dar seguimiento al porcentaje de pacientes que no se adhirió al tratamiento.
2. Investigar las causas de la No Adherencia.
3. Crear estrategias para enfrentar las causas.

A los Odontólogos colaboradores en la atención de los pacientes:

4. Educar al paciente, adaptando el lenguaje a su nivel escolar o sociocultural, explicando claramente, documentando y utilizando imágenes y videos, de las condiciones actuales de su salud bucodental, el pronóstico y las consecuencias en caso de no seguir la terapéutica odontológica recomendada, así como también las ventajas de adherirse al tratamiento.
5. Identificar los aspectos de la relación Odontólogo-Paciente que pueden ser mejorados, para lograr una mayor confianza entre el paciente y el odontólogo, que favorezca la adherencia al tratamiento.

## **XI. BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Abay Debs, V., Palma López, M. y Pérez Álvarez, S. (2004). Resolutividad de los servicios de urgencia en estomatología: necesidad de estrategias

para el cambio. Recuperado en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1025-02552004000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552004000400011)

- 2) Alarcón Palacios, M., Alvarado Laos, M.A., Franchesty Montestruque, G.; Huerta Dextre, R., Málaga Figueroa, L., Reyes Carrasco, N., Silva Silva, E., Terán, E. Tejada. (2007). Prevalencia y factores asociados al cumplimiento de la fase de mantenimiento periodontal en pacientes del Post-Grado de Periodoncia de la Clínica Dental Cayetano Heredia. (2007). Recuperado de:  
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1861>
- 3) Alarcón Chávez, G.P. (2005). Demanda, procedencia, motivo de consulta y destino de los pacientes pediátricos atendidos en la Clínica Estomatológica Central durante el período de 1999 – 2003. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de:  
<http://www.cop.org.pe/bib/tesis/GLORIAPAOLAALARCONCHAVEZ.pdf>
- 4) Alvarez C., Arroyo P., Aranguiz V., Chaparro A., Contreras R., Leighton C., Moncada G., Quintana M., Rudolph M., Silva A., Sommariva C., Villavicencio JJ. & Xaus G. (2010). Diagnóstico y Tratamiento de la Hipersensibilidad Dentinaria. Recuperado de:  
[http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20noviembre%202010/diagnosticos\\_y\\_tratamiento\\_de\\_la\\_hiper.pdf](http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20noviembre%202010/diagnosticos_y_tratamiento_de_la_hiper.pdf)
- 5) Armitage G. C. (1999). Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Recuperado de:  
<http://individual.utoronto.ca/jimyuanlai/classification.pdf>

- 6) Banco central de Nicaragua. (2013). Nicaragua en Cifras. Recuperado de:  
[http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/nicaragua\\_cifras/nicaragua\\_cifras.pdf](http://www.bcn.gob.ni/publicaciones/periodicidad/anual/nicaragua_cifras/nicaragua_cifras.pdf)
- 7) Barrancos Mooney J., Barrancos P. J., (2006) Blanqueamiento de dientes con vitalidad pulpar. Operatoria dental: integración clínica 4ta Ed., Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A. p. 1092. Recuperado de:  
<https://books.google.es/books?hl=es&id=zDFxeYR8QWwC&q=pag+1092#v=onepage&q=pag%201092&f=false>
- 8) Barquero Cea, E.M, Mejía Flores, S.L., Molina Ayala, K.A. (2010). Diagnóstico de La Condición Bucal de La Población que asiste a las Unidades de Salud de Santa Rosa de Lima, Agua Fría y San Alejo del Departamento de La Unión durante el Año 2009. Recuperado de:  
<http://ri.ues.edu.sv/8461/>
- 9) Barrón Mazoco G., García Zamora P. G. s.f. Representaciones Sociales del Proceso Salud-Enfermedad en Pacientes Odontológicos del Sector Público y Privado. Recuperado de: <http://docplayer.es/10755391-Representaciones-sociales-del-proceso-salud-enfermedad-en.html>
- 10) Berman L H., Hartwell G. R., s.f. Clasificación Clínica de las enfermedades pulpares y periapicales. Vías de la pulpa. 10ma. Ed. Cap. 1. Diagnóstico. p.p.36,37 y 38 Recuperado de:  
<https://books.google.com.ni/books?id=6DKUoWfGonQC&pg=PA36&dq=Clasificaci%C3%B3n+Cl%C3%ADnica+de+las+enfermedades+pulpares+y+periapicales&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi5v56TnunMAhVBHh4KHciqBcMQ6AEIGjAA#v=onepage&q=Clasificaci%C3%B3n%20Cl%C3%ADnica%20de%20las%20enfermedades%20pulpares%20y%20periapicales&f=false>

- 11) Broder H.L, Russell S.L, Varagiannis E., Reisine, S. (1999). Oral health perceptions and adherence with dental treatment referrals among caregivers of children with HIV. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10693649>
- 12) Broder H. L., Russell S., Catapano P., Reisine S. (2002). Perceived barriers and facilitators to dental treatment among female caregivers of children with and without HIV and their health care providers. Recuperado de: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12212871](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12212871)
- 13) Bordoni, N. Aldo Squassi, A. (1999). Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional Preconc. Módulo 2 Medidas Preventivas. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- 14) Caballero Herrera, R., Adeler Megías, V., Caballero Herrera, M. de J., Valerón Rodríguez, F. s.f. Infección focal, afección focal y manifestaciones a distancia de focos dentarios infecciosos. Recuperado de: <http://www.gbsystems.com/papers/endo/inffocal.htm>
- 15) Carranza, F. A. (1986) Periodontología, Clínica de Glickman Periodontología, 6ta Ed. México D.F.
- 16) Cien Saude Colet. (2015). Qualitative study on adolescents' reasons to non-adherence to dental treatment. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26132254>
- 17) Cigales Reyes A, Chaviano Morenora M, Sánchez Delgado Z, Robaina Rivero, E.R., García Romero M. (2011). Comportamiento epidemiológico

de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de diciembre. Jagüey Grande. Septiembre diciembre 2007. Recuperado de: [www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema03.htm](http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema03.htm)

18) Colegio Oficial de Odontólogos y estomatólogos de Alicante. Restauraciones dentales, Obturaciones. s.f. Recuperado de <http://www.coea.es/web/index.php?menu=633>

19) Cosme Gay Escoda. (2008). Cirugía Bucal, Cordales incluidos. 1ra Edición. Majadahonda, Madrid. Grupo Menarini, Centro América y el Caribe

20) Costa, O. R., Veinstein, F.B., Plan de tratamiento. S.f. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/fullscreen/eloger/plan-de-tratamiento/7>

21) Cuenca Sala, E., Manau Navarro, C., Serra Majem, L. (1999). Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios, Método y Aplicaciones. Barcelona (España). MASSON; S.A.

22) Cuniberti de Rossi (2009) Lesiones Cervicales no cariosas. La lesión dental del futuro. 1ra Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.

23) Dahiya, P., Kamal, R., Kumar, M., Bhardwaj, R. (2014). Patient Compliance, key to successful dental treatment. Recuperado de <http://www.apjhs.com/pdf/Patient-compliance-key-to-successful-dental-treatment.pdf>

24) Díaz Pérez, R., Hernández Quiroz, E., Gutiérrez Valdez, D.H. (2014). "Clasificación del estado físico de los pacientes según la sociedad

americana de anestesiología (saa) en adultos atendidos por emergencia odontológica” Recuperado de:

<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/3/art3.asp>

25) FES Iztacala – UNAM. s.f. Traumatismos. Clasificación

Recuperado en:

[www.iztacala.unam.mx/rrivas/.../Notas9Trauma/genclasificacion.htm](http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/.../Notas9Trauma/genclasificacion.htm)

26) Giudice-García A, Torres-Navarro J. (2011). Obturación en endodoncia – Nuevos sistemas de obturación. Recuperado de:

<file:///C:/Users/PAviles/Downloads/232-826-1-PB.pdf>

27) Hargreaves K. M, Berman L.H, Cohen S. (2011). Vías de la pulpa.

<https://books.google.com.ni/books?id=auG-aCkeoUgC&printsec=frontcover&dq=V%C3%ADas+de+la+pulpa&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwixkczWgNvMAhUBcCYKHWmLCcQQ6AEIGjAA#v=onepage&q=V%C3%ADas%20de%20la%20pulpa&f=false>

28) Juárez R. P., Chahin J. R., Vizcaya M. M., Arduña, E.I. (2007). Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos. Recuperado de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200004)

29) López-Portilla, J. E., Pilataxi-Sánchez, S. Rodríguez Escobar, L.D., Velásquez-Rivera, A. C., López Blandón, M.A. Martínez-Delgado, C. M., Agudelo Suárez, A. A. (2013). Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v12n24/v12n24a13.pdf>

- 30) Medina, C., Cerrato, J. A., Herrera, M. Perfil epidemiológico de la caries dental y enfermedad periodontal, en Nicaragua, año 2005. (2007). Recuperado de: <http://www.revistasnicaragua.net.ni/index.php/universitas/article/view/782/747>
- 31) Ministerio de Salud, Dirección General de Regulación Sanitaria, s.f. Registro Nacional de Profesionales y Técnicos de la Salud CIRUJANO DENTISTA/ POSGRADO (ESPECIALIZACIONES, MAESTRIA Y DOCTORADO) Recuperado en: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Dirección-General-de-Regulación-Sanitaria/Registro-de-Profesionales/Registro-Nacional-de-Cirujanos-Dentistas/>
- 32) Ministerio de Salud, División General de Recursos Humanos. (2015). Reporte De Fuerza Laboral Por Perfiles. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/division-general-recursos-humanos/fuerza-laboral-por-establecimiento>
- 33) Ministerio de Salud. (2008). Política Nacional de Salud. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18995es/s18995es.pdf>
- 34) Palacios Aguinaga J. R., (2013). Motivo de consulta. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/yukijenn/motivo-de-consulta>
- 35) Peerbhay, F.B. (2009). Compliance with preventive care following dental treatment of children under general anaesthesia. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20306860>

- 36) Pérez Lino, I. E. (15 de Junio 2012). Técnicas de exodoncias múltiples con alveoloplastía en la adaptación de prótesis inmediata. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3627#sthash.4DJjaqmn.dpuf>
- 37) Pfizer. (2009). LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ... -  
Recuperado en:  
[https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones.../FOROpfizer\\_2009.pdf](https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones.../FOROpfizer_2009.pdf)
- 38) Pinkham, Casamassimo, Fields, McTigue, Nowak. (1996). Odontología Pediátrica 2da Ed. Traducción Claudia Patricia Cervera Pineda. México, D.F. Editorial Interamericana Mc-Grow Hill
- 39) Ramírez, M., Díaz Guzmán, L., (1997). "Modalidades terapéuticas recibidas por el paciente anciano". Recuperado de: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=12198&id\\_seccion=146&id\\_ejemplar=1266&id\\_revista=24](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=12198&id_seccion=146&id_ejemplar=1266&id_revista=24)
- 40) Refuat Hapeh Vehashinayim (1993). Adherence to oral hygiene and dental self-care. Recuperado de: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21250405](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21250405)
- 41) Rengifo H. (2008). Caracterización de la morbilidad, las necesidades de tratamiento y la oferta de servicios de salud oral de una empresa social del estado en Cali, Valle del Cauca, Colombia. Recuperado de: <http://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/estomatol/article/view/277>
- 42) Saldarriaga P.O. J., Sánchez, H. M., Avendaño R. L. (2003). Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/237661042\\_Conocimientos\\_y\\_p](https://www.researchgate.net/publication/237661042_Conocimientos_y_p)

[ractivas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal Medellin 2003](#)

- 43) Silva G.E., Galeano E., Correa J. O. (2005) Adherencia al tratamiento, Implicaciones de la no-adherencia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>

## ANEXOS

## Anexo 1. Operacionalización de variables

Valores Objetivo 1: Determinar características socio demográficas de los pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de Especialidades.

Variables	Definición	Indicador	Valores	Escala de Medición
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Años de vida	Número de años cumplidos	Numérica Cuantitativa
Sexo	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra en los organismos heterogaméticos	Características fenotípicas de cada individuo	M: Masculino F: Femenino	Nominal Cualitativa
Procedencia	Origen o punto de donde procede alguien o algo	Dirección o Lugar registradas en la ficha clínica	Sierras Doradas C. a Masaya Managua Fuera de Managua Fuera de Nicaragua	Nominal Cualitativa
Ocupación	Trabajo o actividad en que una persona emplea el tiempo	Trabajo o actividad en que el paciente refiere emplear el tiempo	Empleado Trabaja Independiente Estudiante Jubilado Desempleado Otros	Nominal Cualitativa

Valores Objetivo 2: Determinar la frecuencia de la Adherencia al tratamiento según el Motivo de consulta

Variables	Definición	Indicador	Valores	Escala de Medición
Adherencia	Propuesta de resolución del problema salud bucal llevada a término. Cumplimiento por parte del paciente del tratamiento recomendado.	Registro en ficha clínica describiendo finalización completa del tratamiento recomendado	Si No	Cualitativa
Motivo de Consulta	Causa por la cual el paciente asiste al consultorio	Causa por la cual el paciente asiste a la consulta escrita en la ficha clínica	Ej. "Dolor", "Molestia", "Limpieza", "Blanqueamiento"; "Reposición de dientes perdidos", Etc.	Nominal

Valores Objetivo 3. Identificar la frecuencia de la Adherencia según Diagnóstico.

Variables	Definición	Indicador	Valores	Escala de Medición
Adherencia	Propuesta de resolución del problema salud bucal llevada a término. Cumplimiento por parte del paciente del tratamiento recomendado	Registro en ficha clínica describiendo finalización completa del tratamiento recomendado	Si No	Cualitativa
Diagnóstico	Conclusión Diferenciada que define el estado de salud y enfermedad y las etapas en la evolución natural.	Diagnostico escrito en la ficha clínica del paciente	Caries Gingivitis Periodontitis Fractura dental Pulpitis Aguda Pulpitis Crónica Desdentado parcial Desdentado total Etc.	Nominal

Valores objetivo 4: Conocer frecuencia de la Adherencia según el Tratamiento Recomendado.

<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valores</b>	<b>Escala de Medición</b>
Tratamiento recomendado	Propuesta de resolución en forma integral de los problemas de salud bucal identificados durante el proceso de diagnóstico, planteado de manera secuencial, lógica y ordenada	Tratamiento propuesto en la ficha clínica del paciente	Tratamiento especificado a realizar. Ej: Exodoncia Cirugía Periodontal Endodoncia Endoposte Corona Pulpotomía	Nominal
Adherencia	Propuesta de resolución del problema salud bucal llevada a término. Cumplimiento por parte del paciente del tratamiento recomendado	Registro en ficha clínica describiendo finalización completa del tratamiento recomendado	Si No	Cualitativa

Valores Objetivo 5: Determinar la frecuencia de la Adherencia al tratamiento y Presencia de enfermedad crónica.

Variables	Definición	Indicador	Valores	Escala de Medición
Enfermedad crónica	Enfermedades no curables	Registro en ficha clínica	Diabetes Hipertensión Alergias Gastritis Artritis Etc.	Cualitativa
Adherencia	Propuesta de resolución del problema de salud bucal llevada a término. Cumplimiento por parte del paciente del tratamiento recomendado	Registro en ficha clínica describiendo finalización completa del tratamiento recomendado	Si No	Cualitativa

## Anexo 2. Instrumento de recolección de información

Formulario: \_\_\_\_\_

1. Fecha de apertura	
2. Edad	
3. Sexo	M                      F
4. Ocupación	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Empleado</li><li>○ Trabaja Independiente</li><li>○ Estudiante</li><li>○ Jubilado</li><li>○ Desempleado</li></ul>
5. Procedencia	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sierras Doradas</li><li>○ C. a Masaya</li><li>○ Managua</li><li>○ Fuera de Managua</li><li>○ Fuera de Nicaragua</li></ul>
6. Motivo de consulta	
7. Diagnóstico	
8. Tratamiento recomendado	
9. Tratamiento realizado	
10. Tiempo entre el diagnóstico e inicio de tratamiento	
11. Finalizó el tratamiento recomendado	Si _____ No _____
12. Enfermedades Crónicas	

**Anexo 3.** Instructivo de llenado de formulario de recolección de datos.

Número de Formulario: Anotar en orden el número según se van llenando los formularios por cada ficha clínica revisada.

1. Fecha apertura:	Escribir la fecha en que se abrió la ficha clínica
2. Edad	Escribir los años cumplidos del paciente, que se anotó en ficha clínica
3. Sexo	Marcar M o F según corresponda el sexo del paciente Masculino o Femenino.
4. Ocupación	Marcar según la actividad a la se dedica el paciente de acuerdo a lo que la ficha clínica refleja en ocupación dentro de las siguientes <ul style="list-style-type: none"><li>○ Empleado</li><li>○ Trabaja Independiente</li><li>○ Estudiante</li><li>○ Jubilado</li><li>○ Desempleado</li><li>○ Otros (ej. Ama de casa)</li></ul>
5. Procedencia	Marcar, según la dirección que se anotó en la ficha si el paciente es de: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Sierras Doradas</li><li>○ C. a Masaya</li><li>○ Managua</li><li>○ Fuera de Managua</li><li>○ Fuera de Nicaragua</li></ul>
6. Motivo de consulta	Escribir el motivo por el cual acude al consultorio el paciente.
7. Diagnóstico	Escribir el diagnóstico que se le realizó al paciente de acuerdo al motivo de consulta y al examen clínico
8. Tratamiento recomendado	Anotar el tratamiento recomendado al paciente según diagnóstico y examen clínico.
9. Tratamiento realizado	Anotar el tratamiento realizado al paciente.
10. Tiempo entre el diagnóstico e inicio de tratamiento	Anotar el tiempo en días transcurrido entre la fecha en que se realizó el plan de tratamiento recomendado y la fecha en que éste se inició, (en caso de que se haya iniciado algún tratamiento)
11. Finalizó el tratamiento recomendado	Marcar: Si o No, según haya finalizado o no el tratamiento recomendado.
12. Enfermedades Crónicas	Anotar las enfermedades crónicas, que aparecen registradas en el expediente, que el paciente refirió padecer

Anexo 4. Fotografías



Ambiente Clínico #1



Ambiente Clínico #2

Oficina



Ubicación de Clínica de Especialidades Dentales





Anexo 5: Tablas

Tabla No. 5 “Adherencia al tratamiento de los pacientes que acudieron a la clínica odontológica de Especialidades durante el período agosto 2005-marzo 2015”

	Adherencia	
	Si %	No %
Total	76	24

Fuente: Fichas Clínicas

Tabla No. 6 “Frecuencia de la Adherencia al tratamiento según motivo de consulta en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015”

Motivo de consulta	%	Adherencia	
		Si %	% en cada motivo
Total	100	76	
Examen, revisión o consulta	34.7	22.7	65.42
Dolor, sensibilidad	23.4	19.4	82.91
Limpieza dental, revisión, sangrado de encías, otros	11.4	10.3	90.35
Caries, hoyo, cavidad, destrucción, componerse los dientes, desgastes	10	7	70.00
Quebró o fracturó diente o muela, caída de puente o corona	5.9	4.8	81.36
Sacar o extraer dientes, dientes de leche no se caen	5	4.4	88.00
Reponer dientes, coronas, prótesis o implantes	4.4	3.1	70.45
Blanquearse los dientes, mejorar la estética	2.6	2.4	92.31
Infección, inflamación, endodoncia, dificultad para abrir	2.6	1.8	69.23

Fuente: Fichas clínicas

Tabla No. 7 Frecuencia de la Adherencia al tratamiento recomendado según Diagnóstico de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015

Diagnóstico	Total %			% Ad en cada diagnóstico
	Adherencia	Si %	No %	
Total	100	76	24	
Caries y otros diagnósticos	24.7	17.5	7.2	70.85
Periodontitis (bolsas periodontales) y otros diagnósticos	12.4	9.2	3.1	74.19
Periodontitis apical sintomática o asintomática	11.1	8.7	2.4	78.38
Gingivitis, focos sépticos y caries, impactación alimenticia	10.5	7	3.5	66.67
Pulpitis irreversible, necrosis pulpa, previa endo y otros diagnósticos	9.2	7.2	2	78.26
Sin dato	8.3	6.8	1.5	81.93
Bruxismo, trauma oclusal, abfracciones, hipersensibilidad dentinaria	6.6	5.5	1.1	83.33
Fractura dental	5.7	4.4	1.3	77.19
Tercer molar retenido (incluido), operculitis y trismus	5.2	4.4	0.7	84.62
Edéntulo parcial	1.7	1.1	0.6	64.71
Manchas extrínsecas, diastemas	1.5	1.5	0	100.00
Apiñamiento dentario, diente supernumerario	1.3	1.3	0	100.00

Traumatismo de toalveolar	0.9	0.4	0.6	44.44
Rizólisis, apoptosis, candidiasis oral	0.9	0.9	0	100.00

Fuente: Fichas clínicas

Tabla No. 8 Frecuencia de la Adherencia según tratamiento recomendado de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015”

Tratamiento Recomendado	Adherencia		
	Total %	Si %	
Total	100	76	SI
Restauraciones, detartraje y pulido y otros tratamientos	36.3	27.5	75.76
Endodoncia, endoposte, reconstrucción, corona o prótesis	22.7	15.9	70.04
Exodoncia, extracción quirúrgica e implantes	16.2	13.7	84.57
Cirugía periodontal, curetaje periodontal y otros tratamientos	10.1	6.6	65.35
Profilaxis más ATF, selladores de fosas y fisuras, pulpotomía	7.4	6.5	87.84
Guarda oclusal, ajuste oclusal y férula	3.1	2.4	77.42
Blanqueamiento y otros tratamientos	2.2	2.2	100.00
EMRPA, Prótesis Total	1.5	1.1	73.33
Sin dato	0.4	0.2	50.00

Fuente: Fichas clínicas

Tabla No. 9 Frecuencia de la Adherencia al tratamiento recomendado según presencia de Enfermedad Crónica de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015

Adherencia	% Total	% Si enf. crónica
Total	100	25.8
Si	76	19.9

Fuente: Fichas clínicas

Tabla No. 10 Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento de los pacientes que acudieron a Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015

Tiempo entre Diagnóstico e inicio del Tratamiento	Recuento	%
Total	542.0	100.0
El mismo día	437.0	80.6
De 1 a 7 días	31.0	5.7
De 8 a 14 días	13.0	2.4
De 15 a 21 días	4.0	0.7
De 29 a mas días	5.0	0.9
Ningún tratamiento	52.0	9.6

Fuente: Fichas clínicas

La mayoría de los pacientes, el 80.6%, inician su tratamiento el mismo día. El 9.6 % no se realizaron ningún tratamiento. Un 5.7% inicia en la primera semana, y 2.4% en la segunda semana después de su primera visita. Menos del 1% inicia de los pacientes inician su tratamiento de 15 a 21 días después del diagnóstico o después de 29 días.

Tabla No.11 Tiempo entre el inicio y finalización del tratamiento de los pacientes que acudieron a Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015

Tiempo entre inicio tratamiento y finalizo	Adherencia					
	Total	%	Si	%	No	%
Total	542	100.0	412	76.0	130	24.0
El mismo día	163	30.1	156	28.8	7	1.3
De 1 a 7 días	70	12.9	68	12.5	2	0.4
De 8 a 14 días	35	6.5	34	6.3	1	0.2
De 15 a 21 días	32	5.9	32	5.9	0	0.0
De 22 a 28 días	3	0.6	3	0.6	0	0.0
De 29 a mas días	114	21.0	113	20.8	1	0.2
Sin dato	125	23.1	6	1.1	119	22.0

Fuente: Fichas clínicas

Tabla No. 12

Tabla No.12 Frecuencia de la Adherencia al tratamiento, según sexo, de los pacientes que acudieron a Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015

Sexo	Adherencia					
	Total	%	Si	%	No	%
Total	542	100.0	412	76.0	130	24.0
Masculino	224	41.3	171	31.5	53	9.8
Femenino	318	58.7	241	44.5	77	14.2

Fuente: Fichas clínicas

Tabla No. Frecuencia de la Adherencia al tratamiento, según ocupación, de los pacientes que acudieron a Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015

Ocupación	Adherencia					
	Total	%	Si	%	No	%
Total	542	100.0	412	76.0	130	24.0
Empleado	222	41.0	160	29.5	62	11.4
Trabaja Independiente	100	18.5	73	13.5	27	5.0
Estudiante	118	21.8	100	18.5	18	3.3
Jubilado	59	10.9	46	8.5	13	2.4
Desempleado	18	3.3	14	2.6	4	0.7
Otros	24	4.4	19	3.5	5	0.9
Sin dato	1	0.2	0	0.0	1	0.2

Fuente: Fichas clínicas

Tabla No. 14 Frecuencia de la Adherencia según procedencia, de los pacientes que acudieron a Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015

Lugar de procedencia	Adherencia					
	Total	%	Si	%	No	%
Total	542	100.0	412	76.0	130	24.0
Sierras Doradas	155	28.6	108	19.9	47	8.7
Carretera a Masaya	134	24.7	104	19.2	30	5.5
Managua	135	24.9	107	19.7	28	5.2
Fuera de Managua	88	16.2	69	12.7	19	3.5
Fuera de Nicaragua	30	5.5	24	4.4	6	1.1

Fuente: Fichas clínicas

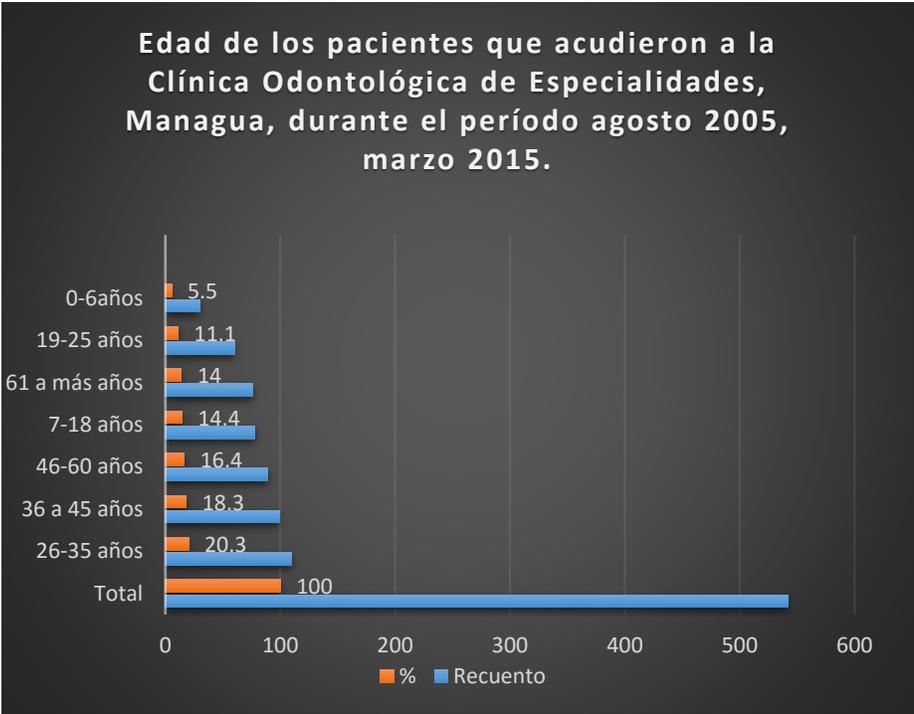
Tabla No. 15 Frecuencia de Adherencia según edad, de los pacientes que acudieron a Clínica Odontológica de Especialidades, Managua, durante el período agosto 2005-marzo 2015

Edad	Adherencia					
	Total	%	Si	%	No	%
Total	542	100.0	412	76.0	130	24.0
0-6años	30	5.5	26	4.8	4	0.7
7-18 años	78	14.4	63	11.6	15	2.8
19-25 años	60	11.1	43	7.9	17	3.1
26-35 años	201	37.1	149	27.5	52	9.6
36 a 45 años	92	17.0	66	12.2	26	4.8
46-60 años	76	14.0	61	11.3	15	2.8
Sin dato	5	0.9	4	0.7	1	0.2

Fuente: Fichas clínicas

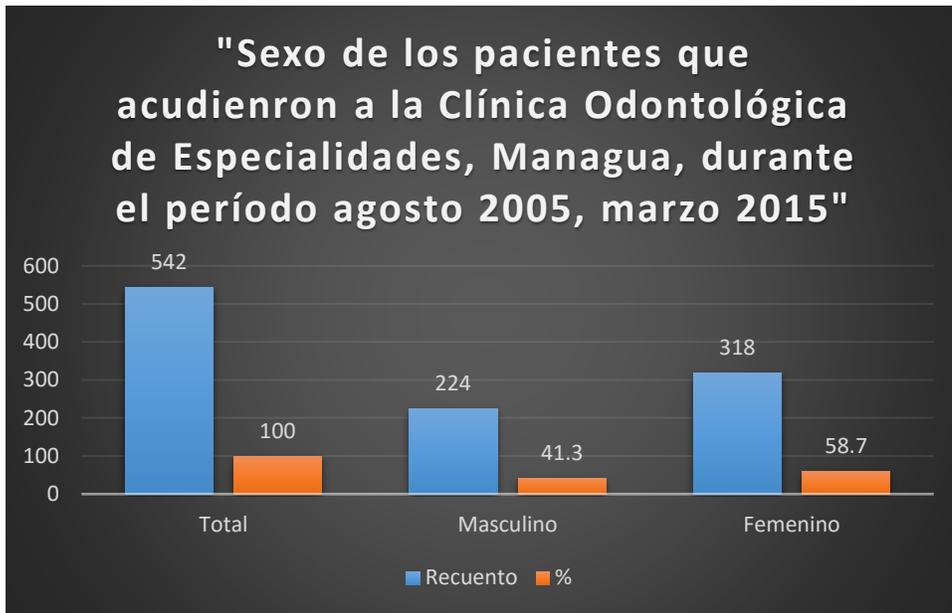
Anexo 6. Gráficos

Gráfico No.



Fuente: Tabla No. 1

Gráfico No. 7



Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 8



Fuente: Tabla No. 3

## Anexo 7

### Glosario

1. MINSA: Ministerio de Salud
2. RUC: Registro único de Contribuyente
3. DGI: Dirección General de Ingresos
4. OMS: Organización Mundial de la Salud
5. ATM: Articulación temporomandibular
6. OMA: Manifestaciones orales de SIDA (oral manifestations of AIDS)
7. SP: Sao Pablo
8. Saa: sociedad americana de anestesiología
9. PRN: Por razones necesarias
10. HSD: Hipersensibilidad Dentinaria
11. PVI: Pulpa vital irreversible
12. LAC: Límite amelocementario
13. PPR: Prótesis parcial removible
14. PPF: Prótesis parcial fija
15. EMRPA: Extracción múltiple con regularización del proceso alveolar