

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLES

Conocimiento, actitud y práctica sobre medidas de odontología preventiva en odontólogos: VI Congreso Paraguayo de Endodoncia, 2011

*Knowledge, attitude and practice on preventive measures in dentistry: VI congress Paraguayan of Endodontics, 2011*

Pérez Bejarano Nohelia María\*, Díaz Reissner Clarisse Virginia \*\*, Ferreira Gaona Marta Inés \*\*, Sanabria Vázquez Diana Alicia \*\*, Núñez Céspedes Andrea Noemí \*\*\*, Ferreira Leguizamón Liliana Mariel \*\*\*, Elizeche Ayala José Emilio \*\*\*, Cardozo Aquino Ana Laura \*\*\*, Flores Sánchez Milner Ramón Félix \*\*\*, Serván Escribano Cinthia Carolina \*\*\*, Real Aparicio María Constanza \*\*\*

RESUMEN

**Objetivo:** Describir nivel de conocimiento, actitud y práctica de medidas básicas de prevención en salud oral en odontólogos que asistieron al VI Congreso Paraguayo de Endodoncia en el año 2011. **Metodología:** Estudio transversal, a través de una encuesta autoaplicada validada que contenía preguntas básicas referentes a Odontología Preventiva. **Resultados:** Participaron del estudio 173 profesionales, con una mediana de 33 años, 62,4% con 1 a 12 años de ejercicio en la profesión y 58,4% procedían de universidades públicas. El 57,8% de los encuestados demostró tener muy buenos niveles de conocimiento, de actitud en el 46,8% y 38,2% en práctica. La aplicación de medidas de prevención produjo en el 64,2% de los encuestados satisfacción personal. Respecto a las medidas de control de placa, las técnicas más difundidas fueron: cepillado de Bass 80,4%, método del lazo para el hilo dental 53,8% y el flúor se aplica en el 76,9% en su presentación de enjuagues bucales. Se encontró una fuerte asociación entre el conocimiento y la actitud ( $OR=4,3; p<0,0001$ ) y entre la actitud y la práctica ( $OR=2,3; p=0,0162$ ). **Conclusión:** La práctica de la filosofía preventiva se halla condicionada por la actitud y ésta a su vez

depende del conocimiento constituyéndose componentes esenciales para la mejora del estado de salud de una población.

**Palabras claves:** Conocimiento, Odontología Preventiva, Odontólogos.

ABSTRACT

**Objective:** To describe the level of knowledge, attitude and practice of basic preventive measures in oral health acquired by dentists who attended the VI Paraguayan Congress of Endodontics in 2011. **Methods:** Cross-sectional study by a validated self-administered survey containing basic questions regarding to Preventive Dentistry. **Results:** The study comprised 173 professionals, with an average age of 33 years old, 62.4 % with 1-12 years of practice in the profession and almost 58.4 % were from public universities. What's more, 57.8 % of respondents proved to have very good levels of knowledge, 46.8 % of them proved it in attitude and 38.2 % in practice. The application of preventive measures gave to 64.2% of respondents a personal satisfaction. Concerning plaque control measures, the most widely used techniques were: 80.4 % Bass brushing, 53.8 % in a method to tie dental floss and fluoride applies to 76.9% in

\*Docente de la Cátedra de Odontología Preventiva. Facultad de Odontología. Universidad del Pacífico Privada (Paraguay). Correo electrónico: dra.nohe@gmail.com. \*\*Docentes de la Cátedra de Salud Pública II, Gerencia y Planificación estratégica en salud. Facultad de Odontología. Universidad del Pacífico Privada (Paraguay). \*\*\* Estudiantes del 5to año. Facultad de Odontología. Universidad del Pacífico Privada (Paraguay).

*its presentation of rinses mouth. Furthermore, it has been found a strong association between attitude and practice (OR = 2.3, p = 0.0162) and between knowledge and attitude (p < 0.0001 OR = 4.3) Conclusion: the practice of prevention philosophy is based on the attitude and this in turn depends on knowledge. Therefore, attitude and knowledge are essential components in order to improve the health status of a population.*  
**Keywords:** Knowledge, Preventive Dentistry, Dental.

## INTRODUCCIÓN

La salud oral es parte importante de la salud y el bienestar en general; y puede ser definida en la práctica como sinónimo de una dentición cómoda y funcional que permita el desempeño del rol personal en la sociedad, incidiendo en la calidad de vida, autoestima y confianza de un individuo<sup>(1)</sup>. Para lograrla, se deben coordinar esfuerzos en un binomio compuesto por el paciente y el odontólogo; este último se desempeñará en todo momento como un agente de salud educador y motivador<sup>(2,3)</sup>.

Durante mucho tiempo, la Odontología no tuvo una orientación que considere el curso de la historia natural de la enfermedad y los niveles clásicos de prevención de Leavel y Clark<sup>(4)</sup>. Como consecuencia del adelanto científico en este siglo, se estima que la Odontología debería ahondar en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades orales<sup>(5)</sup>, sin embargo sigue dándole énfasis al tratamiento de las secuelas, con tímido soporte en acciones preventivas de los dos primeros niveles de prevención: la promoción de la salud y prevención específica de enfermedades<sup>(1,6,7)</sup>. Así, actualmente domina el modelo de asistencia oral curativo, tanto en la práctica privada como en el sistema de salud pública y, aunque se hayan expandido las redes, los servicios aún no están al alcance de todos<sup>(8)</sup>.

Como consecuencia de esta filosofía de práctica, las patologías orales más comunes (caries y gingivitis) siguen afectando tanto a las sociedades industriales como a los países en desarrollo, con variaciones en las prevalencias en relación a diversos factores<sup>(2-4,9,10)</sup>. Sin bien, el enfoque actual permite concebir estas patologías como multifactoriales; el avance científico permitió identificar

históricamente a las principales causas: dieta rica en carbohidratos fermentables y deficiente control de higiene<sup>(2-4,9,11)</sup>.

Por su elevada prevalencia, costo alto e impacto que ejercen tanto en la sociedad como individualmente, se consideran a las enfermedades bucodentales como un importante problema de salud pública, con frecuencia subvaloradas en su consideración en las políticas públicas<sup>(1,6)</sup>. En ese contexto, el Odontólogo debe ser el protagonista y responsable; como integrante del equipo de salud, de revertir la situación promoviendo un enfoque más integral en su práctica diaria, que sólo será posible con la incorporación de los conocimientos preventivos suficientes, en cada fase de su trabajo profesional, hecho que a su vez debiera redundar en satisfacción personal y económica.

En otras latitudes, se ha observado buenos resultados de las campañas de prevención y, en relación a esta afirmación, la evidencia señala que la disminución de la prevalencia de caries está relacionada a mejoras del nivel socioeconómico y no precisamente al cambio de actitud profesional en relación a este tema<sup>(12-14)</sup>. Por ello, se hace imperativo determinar el nivel de aplicación de los procedimientos preventivos y los esquemas sobre el estado del conocimiento del Odontólogo; a fin de evaluar las recomendaciones dadas y determinar su impacto<sup>(15)</sup>. Hasta la actualidad, la educación en salud ha sido poco descrita como objeto de estudio, y por otro lado, se ha verificado que las prácticas preventivas más exploradas son: uso de flúor (contenido en dentífricos y enjuagues), así como los sellantes oclusales<sup>(13,16)</sup>. Este hecho justifica el estudio de la planificación y realización de acciones preventivas; ya que en la actualidad, se hallan mayormente dirigidos al abordaje de los factores de riesgo comunes, para las patologías bucodentales prevalentes<sup>(17)</sup>.

Puede ser común que las facultades de Odontología den énfasis al desarrollo de la capacidad de la rehabilitación. La educación en salud oral, control de alimentos cariogénicos y placa microbiana, aplicación tópica de fluoruros y, aplicación de sellantes para fisuras; es decir las medidas de prevención, son poco difundidas durante la formación y como consecuencia en la práctica profesional rara vez se promocionan o se aplican y no son solicitadas<sup>(18)</sup>.

Respecto a la distribución de facultades de Odontología en Paraguay, se reconocen al momento de redacción del estudio, 53 Universidades distribuidas en el país<sup>(19)</sup>, de las cuales 11 emiten certificaciones de ejercicio laboral odontológica un importante número de profesionales. Con ello se esperaría tener mejoramiento en la salud oral nacional, asumiendo que todas ellas cuentan con por lo menos una Cátedra de Odontología Preventiva encargada de brindar los conocimientos mínimos e incorporar la prevención a la práctica rutinaria.

La Organización Mundial de la Salud en su informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales, establece los principales componentes de la estrategia preventiva, señalando que además de intervenir sobre factores de riesgo modificables en el estilo de vida, también debe ocuparse de las principales determinaciones socioculturales, como la pobreza, el bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomentan la salud bucal<sup>(20,21)</sup>

Por todo lo expresado anteriormente, se plantea este estudio con el fin de analizar el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre medidas generales de Odontología Preventiva en los odontólogos que asistieron al VI Congreso Paraguayo de Endodoncia (COPADE), en septiembre del 2011.

Los resultados brindarán a la comunidad Odontológica una idea del conocimiento de las medidas generales de control de placa (mecánico, químico) y dieta, elegidos como factores mínimos sobre los que hay que actuar en el control de las patologías orales de mayor prevalencia, además de medir la actitud del profesional en la aplicación de las mismas. Para ello además, se consideraron los siguientes objetivos complementarios: describir las características demográficas y académicas de los encuestados; determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre las medidas generales de Odontología Preventiva y caracterizar la distribución de la población de estudio según sus niveles de conocimiento, actitud y práctica. De la misma manera, se buscó comparar las dimensiones conocimiento, actitudes y prácticas sobre las medidas generales de Odontología Preventiva con datos profesionales y sexo de los encuestados, para contrastar la independencia del conocimiento con la actitud, de la práctica con la actitud, además del conocimiento con la práctica, evaluando la intensidad de la asociación.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, donde fueron encuestados odontólogos que participaron del VI Congreso Paraguayo de Endodoncia (COPADE) en el año 2011; siendo excluidos los que contaban con menos de un año de ejercicio profesional.

Se diseñó un cuestionario autoaplicable, construido en base a criterio de expertos y sometido a una prueba piloto para el ajuste requerido de su contenido, con las principales dimensiones que dieron salida a los objetivos propuestos: Nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre las medidas generales de Odontología preventiva.

Para su elaboración se abordaron dos pilares fundamentales de la Odontología preventiva primaria: el control de la placa microbiana y la comprensión de la motivación humana para el cambio de conducta<sup>(4,9)</sup>. En todo momento se proyectaron equivalentes entre las preguntas de las tres dimensiones evaluadas para lo cual se construyeron categorías con criterios estadísticos basados en la agrupación visual, creando puntos de corte en la media y a una desviación típica de los casos explorados. Se conformaron así cuatro categorías en cada una de las dimensiones y posteriormente se agruparon en dos para el análisis.

Para medir el **conocimiento** se consideraron nociones mínimas de control de placa microbiana (mecánico y químico), elementos a ser utilizados para ese efecto, vida útil del cepillo dental y momentos de azúcar. Para categorizar sus puntajes se crearon puntos de corte basados en la media (7,87) con una desviación típica ( $\pm 1,35$ ) de los casos explorados, quedando conformadas cuatro categorías: Aceptable ( $\leq 6,5$ ), Bueno (6,6-7,9), Muy bueno (8,0-9,2) y Excelente (9,3-10,0). Para el análisis de las posibles asociaciones se dicotomizaron las categorías para conformar dos grupos: “conocimiento suficiente” (Niveles Excelente y Muy Bueno), y “conocimiento insuficiente” (Niveles Aceptable y Bueno). Para el **nivel de actitud** se consideró el impacto o efecto personal resultante de la aplicación de medidas de prevención y que esto generaba y para ello se conformó la siguiente escala: Aceptable (0), Buena (1), Muy buena (2), Excelente (3). De la misma manera, con fines de análisis de posibles asociaciones; se dicotomi-

zaron en “actitud positiva” (Niveles Excelente y Muy Buena), y “actitud negativa” (Niveles Aceptable y Buena). Con respecto al **nivel de práctica**, se consideraron la aplicación en la práctica de medidas de control de placa microbiana y para categorizar sus puntajes se crearon puntos de corte basados en la media (6,55) con una desviación típica ( $\pm 1,19$ ), de los casos explorados, quedando conformadas cuatro categorías: Aceptable ( $\leq 5,36$ ), Buena (5,37-6,55), Muy buena (6,56-7,74) y Excelente (7,75-9,00). Finalmente, se dicotomizaron en “práctica adecuada” (Niveles Excelente y Muy Bueno), y “práctica inadecuada” (Niveles Aceptable y Bueno).

Se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson, con corrección por continuidad para las tablas trectóricas, con un nivel de confianza del 95%, para comparar las dimensiones conocimiento, actitudes y prácticas sobre las medidas generales de odontología preventiva con los factores de datos profesionales y sexo de los encuestados. Se procedió de manera similar para contrastar la asociación entre el conocimiento y la actitud; entre a actitud y la práctica. Finalmente, el Odds Ratio (OR) permitió valorar la intensidad de las asociaciones encontradas en estos últimos contrastes.

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó el programa estadístico EpiInfo™ 3.5.1 desarrollado por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Para un universo estimado de 300 asistentes al congreso, asumiendo un error alfa de 5% y nivel de confianza del 95%, con una proporción esperada del 50%, se obtuvo un tamaño mínimo muestral de 169 sujetos, que se seleccionaron de manera no probabilística.

Los datos se tabularon en una planilla electrónica Microsoft Excel® 2013 (Microsoft Corporation). Las variables fueron sometidas a estadística descriptiva e inferencial con el programa estadístico Lenguaje R 3.0.0<sup>(22)</sup>.

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Pacífico Privada.

## RESULTADOS

El cuestionario fue aplicado a 173 odontólogos con edades comprendidas entre 24 y 59 años (Mediana= 33), de los cuales 109 (63,0%), pertenecían al

sexo femenino. Un total de 108 (62,4%) ejercieron la profesión entre 1 y 12 años en el Paraguay; 110 (63,6%) lo hacían en la capital del país. Respecto a la unidad de formación 101 (58,4%) provenían de la Universidad Nacional (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** Distribución de odontólogos encuestados según datos profesionales. VI Congreso Paraguayo de Endodoncia. Paraguay, 2011

Datos Profesionales	No.	%
<b>Ejercicio de profesión</b>		
1977 – 1987	21	12,1
1988 – 1998	44	25,4
1999 – 2010	108	62,4
<b>Universidad de procedencia</b>		
Pública	101	58,4
Privada	72	41,6
<b>Ciudad de ejercicio de la profesión</b>		
Asunción	110	63,6
Gran Asunción	45	26,0
Interior del país	23	13,3
<b>Ejerce la docencia</b>		
No	120	69,4
Si	53	30,6
<b>Área de docencia *</b>		
Odontología endodóntica y del diagnóstico	25	47,2
Odontología restauradora	17	32,1
Odontología quirúrgica	13	24,5
Ciencias básicas	3	5,7
Odontología del niño y del adolescente	3	5,7
Odontología preventiva y social	3	5,7
Asignatura complementaria	1	1,9
Sin respuesta	18	33,9

\*n=53

En cuanto a los niveles de conocimiento, actitud y práctica, predominó la categoría Muy bueno/a, con frecuencias de 100 (57,8%), 81 (46,8%) y 66 (38,2%) respectivamente (**Tabla 2**).

**Tabla 2.** Niveles de conocimiento, actitud y práctica de medidas generales de Odontología preventiva. VI Congreso Paraguayo de Endodoncia. Paraguay, 2011

Niveles	No.	%	% Acumulado
<b>Conocimiento</b>			
Excelente	10	5,8	5,8
Muy bueno	100	57,8	63,3
Bueno	40	23,1	86,7
Aceptable	23	13,3	100,0
<b>Actitud</b>			
Excelente	30	17,3	17,3
Muy buena	81	46,8	64,1
Buena	27	15,6	79,7
Aceptable	35	20,3	100,0
<b>Práctica</b>			
Excelente	29	16,8	16,8
Muy buena	66	38,1	55,0
Buena	56	32,4	87,4
Aceptable	22	12,7	100,0

La proporción de sujetos con “conocimiento muy bueno” fue del 57,8 %, porcentaje llamativamente inferior al 89,00% al conocimiento en médicos pediatras sobre medidas preventivas en Odontología(12). Se esperaría que los odontólogos tengan un mejor conocimiento de las medidas preventivas de enfermedades bucales.

La aplicación de las medidas de prevención de la salud bucal produjo satisfacción personal en 111 (64,2%) de los participantes (**Tabla 3**).

**Tabla 3.** Odontólogos según efecto en la actitud de la aplicación de medidas de prevención. VI Congreso Paraguayo de Endodoncia. Paraguay, 2011

Efectos de la practica preventiva	No.	%
Satisfacción personal	111	64,2
Ganancias económicas	57	33,0
Indiferente	42	24,3
Sin respuesta	1	0,6

Las medidas de control de placa microbiana mayormente promovida fue la enseñanza del uso del cepillo dental. La técnica de cepillado más promovida fue la de Bass y para el uso del hilo dental, el método del lazo fue el más enseñado (**Tabla 4**).

**Tabla 4.** Medidas mecánicas y químicas empleadas por Odontólogos para el control de placa microbiana. VI Congreso Paraguayo de Endodoncia. Paraguay, 2011

Medidas de prevención	No.	%
<b>Control de placa</b>		
Cepillado	172	99,4
Uso del hilo dental	166	96,0
Prescripción de flúor	146	84,4
Prescripción de Clorhexidina	82	47,4
<b>Técnicas de cepillado</b>		
Bass	139	80,4
Stillman	75	43,4
Stillman modificado	43	24,9
Fones	38	22,0
Giro o rodillo	9	5,2
Angulada	6	3,5
Hirschfeld	--	--
Otras	3	1,4
<b>Hilo dental</b>		
Lazo	93	53,8
Carrete	84	48,6
ALB*	1	0,6
Otros	2	1,2
<b>Flúor</b>		
Enjuagues	133	76,9
Gotas	27	15,6
Comprimidos	21	12,1

Se encontró que existe una fuerte asociación entre el conocimiento y la actitud del odontólogo; observándose que los odontólogos con conocimiento insuficiente tuvieron 4 veces la chance de tener una actitud negativa en comparación al grupo de odontólogos con conocimiento suficiente (**Tabla 5**).

**Tabla 5.** Asociación entre conocimiento y actitud. VI Congreso Paraguayo de Endodoncia. Paraguay, 2011

Conocimiento	Actitud				OR
	Negativa		Positiva		
	N°	%	N°	%	
Insuficiente	36	58,06	27	24,32	4,3*
Suficiente	26	41,94	84	75,68	
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,00</b>	<b>111</b>	<b>100,00</b>	

\* p<0,0001

Por otro lado, se observó que existe asociación entre la actitud del odontólogo y la práctica clínica; entre los odontólogos con actitud negativa tuvieron 2 veces la chance de tener práctica inadecuada en comparación con el grupo de odontólogos con actitud positiva (Tabla 6).

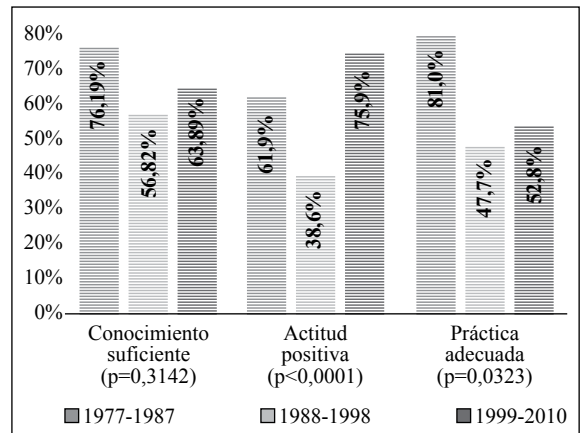
**Tabla 6.** Asociación entre actitud y práctica. VI Congreso Paraguayo de Endodoncia. Paraguay, 2011

Actitud	Práctica				OR
	Inadecuada		Adecuada		
	N°	%	N°	%	
Negativa	36	46,15	26	27,37	2,3*
Positiva	42	53,85	69	72,63	
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100,00</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>	

\* p=0,0162

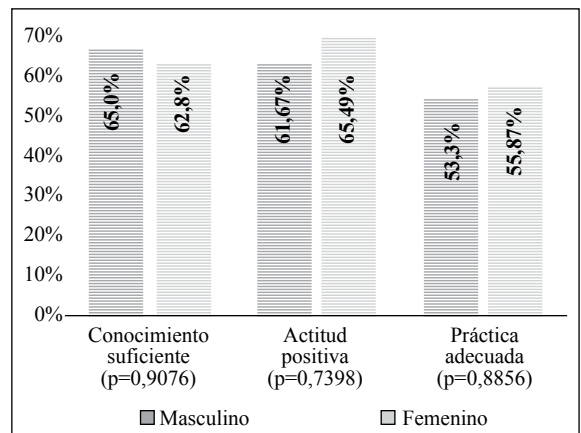
No se encontró distribución homogénea entre el año de ejercicio de profesión con la actitud y la práctica. Si bien todos los grupos presentan conocimiento homogéneo, aquellos que egresaron entre los años 1988-1998 presentaron una actitud positiva significativamente menor que los demás grupos, mientras que predominaron con práctica adecuada significativamente mayor aquellos que egresaron hace más tiempo (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Conocimiento, actitud y práctica en Odontólogos según Años de ejercicio de profesión. VI Congreso Paraguayo de Endodoncia. Paraguay, 2011



Se observó que el conocimiento, la actitud y la práctica se distribuyen de manera homogénea según el sexo del encuestado (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Conocimiento, actitud y práctica en Odontólogos según sexo. VI Congreso Paraguayo de Endodoncia. Paraguay, 2011



## DISCUSIÓN

Ha sido expuesto que los conocimientos y prácticas en relación con la salud son ejes importantes para la prevención y curación de enfermedades<sup>(2,3)</sup>. Los constantes avances en los conocimientos científicos y la tecnología de salud bucal señalan que

existe la posibilidad de disminuir considerablemente los niveles de caries dental en la población, sin embargo la profesión odontológica y afines en algunas latitudes se han mostrado renuentes a modificar el proceso educativo o el alcance de la práctica<sup>(25)</sup>.

Al momento de la redacción de este trabajo, no se encontraron estudios en poblaciones similares a esta investigación, no obstante, se puede mencionar el estudio realizado en profesionales médicos pediatras, que mostraron que a pesar de que creían que tenían una responsabilidad importante en la prevención de enfermedades orales y proporcionaron un examen oral en los niños, tuvieron una falta de conocimiento mínimo adecuado para la prevención de enfermedades bucales<sup>(12)</sup>. El hecho de no contar con un análisis profundo y adecuado de la cuota de responsabilidad de los profesionales como una de las causas que actúa en forma indirecta en la alta prevalencia de enfermedades orales, limita el diseño de estrategias adecuadas para alcanzar un estado de salud poblacional con altos estándares.

La muestra de odontólogos del VI COPADE la proporción de sujetos con “conocimiento muy bueno” fue del 57,8 %, porcentaje llamativamente inferior al 89,00% al conocimiento en médicos pediatras de la ciudad de Salamanca sobre medidas preventivas en Odontología<sup>(12)</sup>. Se esperaría que los odontólogos tengan un mejor conocimiento de las medidas preventivas de enfermedades bucales; aunque cabe resaltar que en países con mayor desarrollo la promoción de la salud en todos los niveles y en todas las especialidades ha llevado a un control eficiente de las patologías de mayor prevalencia y la población en general es expeditiva para las medidas de prevención.

En un estudio realizado en padres y cuidadores de hogares en Colombia se obtuvieron niveles de conocimiento bueno (58%) y actitud favorable (74%)<sup>(24)</sup>. Por otro lado, estudiantes de la Universidad de Odontología de Florida, el 50,0% había respondido que la formación y la práctica de la Odontología preventiva debe ser aumentada<sup>(13)</sup>.

En este estudio se ha encontrado que las medidas de control de placa bacteriana más aplicadas fueron las rutinarias de la práctica odontológica: enseñanza de cepillo dental y uso de hilo dental; empero, las mismas no son aplicadas a todos los

pacientes. Este fenómeno debería ser investigado en otros estudios dirigidos a evaluar los motivos de la desatención de esta práctica rutinaria y efectiva. Watt señala que según la evidencia las intervenciones educativas basadas solo en la información de salud, campañas de cepillado en escolares, no produce efectos en el comportamiento a largo plazo, lo que requiere un esfuerzo continuo por parte de los Odontólogos. Comenta además, de la importancia de impartir acciones teniendo en cuenta los determinantes del estado de salud de la población<sup>(20)</sup>.

Las asociaciones entre conocimiento, actitud y práctica, fueron positivas y coherentes, lo que nos permite afirmar que, un mayor conocimiento conlleva a una mejor actitud y ésta última a una mejor práctica, y con lo mismo se resalta la importancia de ahondar en este contenido en el currículo formativo de la carrera. Además se ha visto que el conocimiento por sí solo no lleva a una mejor práctica, por lo que es necesario fomentar la actitud preventiva desde la universidad, para que ésta repercuta posteriormente en el ejercicio profesional.

## CONCLUSIÓN

Los hallazgos de esta esta investigación, sugieren la necesidad de fortalecer o dar mayor énfasis durante la formación en el área de Odontología preventiva como primera medida para mejorar las estrategias de promoción de salud, prevenir enfermedades y mejorar la calidad de servicios ofrecidos a la población en general y como alternativa a considerar se propone la monitorización de la aplicación de las medidas y sus estrategias de parte de los profesionales con estudios similares o mejores que éste, para poder incidir en la mejoría de las mismas reconociendo cuáles son sus debilidades.

## LIMITACIONES

El estudio recurrió a un muestreo de casos consecutivos, donde los profesionales recién recibidos fueron los que más se incluyeron. Por otro lado al tratarse de un congreso al cuál concurren en mayoría especialistas del área de Endodoncia, se ven limitadas las generalizaciones. Por las razones expuestas, se recomienda, replantear el estudio teniendo en cuenta lo mencionado.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Esta investigación no recibió ningún patrocinio económico de empresas farmacéuticas ni casas comerciales.

## AGRADECIMIENTOS

A la Sociedad de Endodoncia del Paraguay, en la persona de su presidente en ejercicio a la fecha del estudio, Dr. Manuel Zacarías Michelagnoli, Dra. Margarita Samudio y Lic. Domingo Ávalos por su colaboración.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. RCOE. 2002 Oct;7(5):537–45.
2. Rioboo R. *Higiene y prevención en odontología: individual y comunitaria*. Madrid: Avances Médico-Dentales; 1994.
3. Cuenca Sala E, Baca García, Pilar. *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*. 3º ed. Barcelona: Masson; 2005.
4. Katz S, Mc Donalds JM, Stookey GK. *Odontología preventiva en acción*. 3º ed. Buenos Aires: Panamericana; 1990.
5. Navas R, Mejía M, Rojas -Morales T, Álvarez CJ, Zambraño O. *Evaluación de un servicio odontológico público: niveles de riesgo a caries dental como indicadores de medición*. Acta Odontológica Venez. 2006; 44(3):346–51.
6. Herazo Acuña B. *Aspectos clínicos y docentes de la odontología preventiva*. Bol of Saint Panam. 1987;102(5):495–9.
7. Avellaneda Duarte DP, Casas López GP, González Pedraza DY, Silva Rojas YL, Lievano SJ, Estrada JH. *Capacitación en promoción en salud oral a través de una metodología participativa, con promotores y líderes en salud comunitaria en los municipios de Tabio (Cundinamarca) y Duitama (Boyaca)*. Rev Fed Odontológica Colomb [Internet]. 1998 Sep [citado 2011 May 23];(194). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0834.pdf>
8. Cortelli SC, Cortelli JR, Aquino DR, Costa FO. *Self-performed supragingival biofilm control: qualitative analysis, scientific basis and oral-health implications*. Braz Oral Res. 2010;24 Suppl 1:43–54.
9. Harris N, García-Godoy F. *Odontología Preventiva Primaria*. 2º ed. México: Manual Moderno; 2005.
10. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. *Tratado de patología bucal*. 4º ed. Mexico DF: Interamericana; 1987.
11. Barrancos Mooney J, Barrancos PJ. *Operatoria dental: integración clínica*. 4ta ed. Buenos Aires, Ar: Editorial Médica Panamerica; 2006.
12. Sanchez MV. *Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la provincia de Salamanca [Tesis]*. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2011.
13. Maldonado de Yankilevich ERL, Battellino LJ. *Prevalencia de la caries dental en escolares de nivel primario de una región metropolitana de la Provincia de Córdoba, Argentina*. Rev Saúde públ. 1992;26(6):405–13.
14. Navarro Montes I. *Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil-adolescente de Castilla-La Mancha [Tesis]*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
15. Roger Keller C, Nadanovsky P, Ponce de León A. *Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia e a prevalência de cárie dentária*. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5):830–8.
16. Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas L de D, Sivestre RM. *Oral health policies in Brazil*. Braz Oral Res. 2009;23:9–16.
17. Llena Puy MC, Ausina Márquez V. *Análisis de las actividades en la consulta de la unidad de odontología preventiva del área 8 de salud de la Comunidad Valenciana*. Aten Primaria. 1996; 17(3):202–6.
18. Almeida GCM de, Ferreira MÁF. *Oral health in the context of the Family Health Program: preventive practices targeting individual and public health*. Cad Saúde Pública. 2008; 24(9):2131–40.
19. Consejo de Universidades. *Universidades del Paraguay*. Mar 29, 1993.
20. Watt RG. *Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion*. Bull World Health Organ. 2005; 83(9):711–8.
21. Slade GD, Rozier RG, Zeldin LP, Margolis PA. *Training pediatric health care providers in prevention of dental decay: results from a randomized controlled trial*. BMC Health Serv Res. 2007; 7(1):176.
22. R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing [Internet]*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2013. Disponible en: <http://www.R-project.org/>
23. Pérez E, Rivera B. *Conocimientos, actitudes y prácticas que posee la población universitaria de la UEES en relación a la salud bucal*. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 2013 Dec 18]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1280/2/Conocimientos%2C-Actitudes-y-Practicas-que-posee-la-poblacion-universitaria-de-la-UEES-en-relacion-a-la-Salud-Bucal>
24. Martínez FG, Barrios CCS, Salinas LEM. *Knowledge, attitudes and practices in oral health of parents and caregivers in children's homes in Colombia*. Salud Pública México. 2011;53(3):247–57.
25. Escobar P. G. *El reto de la prevención en la práctica odontológica*. Rev FacOdontolUniv Antioquia [Internet]. 2009 [cited 2014 Feb 21];17(2). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/3168>