

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“EFECTOS DEL ALCOHOLISMO EN LA SALUD
BUCAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA
UNIDAD DE SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS HUÁNUCO 2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

PRESENTADO POR:

Bach. TRUJILLO HUETE, Mylene

DOCENTE ASESOR:

Mg. C.D. ORTEGA BUITRÓN, Marisol

HUÁNUCO – PERÚ
NOVIEMBRE, 2019

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 10:30 A.M. del día 07 del mes de Noviembre del año dos mil diecinueve se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

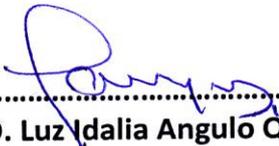
Mg. C.D. Luz Idalia Angulo Quispe	Presidenta
C. D. Álvaro Antonio Cornejo Gayoso	Secretario
Mg. C.D. Ricardo Alberto Rojas Sarco	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N°1941-2019-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada:

“EFECTOS DEL ALCOHOLISMO EN LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS HUÁNUCO 2019”, presentado por la Bachiller en Odontología, la Srta. Trujillo Huete, Mylene; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola *APROBADA* por *UNANIMIDAD* con el calificativo cuantitativo de *17* y cualitativo de *MUY BUENO*

Siendo las 11:35 A.M. del día 07 del mes de Noviembre del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


.....
Mg. C.D. Luz Idalia Angulo Quispe
PRESIDENTA


.....
C.D. Álvaro Antonio Cornejo Gayoso
SECRETARIO


.....
Mg. C.D. Ricardo Alberto Rojas Sarco
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A.P. DE ODONTOLOGIA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que la Bachiller: **Srta. Trujillo Huete, Mylene**; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final **"EFECTOS DEL ALCOHOLISMO EN LA SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS HUÁNUCO 2019"**, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 07 de Noviembre del 2019 a horas 10:30 A.M. en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 07 de Noviembre del 2019.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
E.A.P. ODONTOLOGIA


Mag. C.D. Marlon Apac Palomino
COORDINADOR ACADÉMICO

DEDICATORIA

A Dios que me guio en el camino de la
vida.

A mi padre que siempre supo inculcarme
el valor de las cosas y esfuerzo que hay
que poner en ellas y llegar a mi meta
trazada.

A mi madre que me inculco los valores de
la vida que siempre me apoyo para seguir
adelántenle.

A mis hermanos por estar siempre
presente, por el apoyo moral, que me
brindaron.

AGRADECIMIENTO

- Agradezco a la CD Marisol Ortega Buitrón, por sus consejos, enseñanzas, apoyo que gracias a sus correcciones hoy puedo culminar este trabajo.

- A la Universidad de Huánuco por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento adquirido en estos años.

- A la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos que me dieron las facilidades respectivas para así poder realizar la ejecución de mi trabajo de investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar los efectos del alcoholismo en la salud bucal de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS: En este estudio transversal, observacional, prospectivo, la muestra lo conformaron 60 pacientes con diagnóstico de alcoholismo de ambos sexos, que actualmente se encuentran en procesos de rehabilitación, se evaluaron para determinar los efectos del alcoholismo en la salud bucal. Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media, valor mínimo, valor máximo y desviación estándar). El instrumento de recolección de datos fue la ficha de observación, odontograma, se utilizó un pH-metro para la determinación de pH salival. Para la tabulación y análisis de la información se empleó el programa estadístico SPSS versión 24.

RESULTADOS: El 70,0% de los pacientes estudiados fue de sexo masculino, el mayor porcentaje de los pacientes proceden de la zona urbana en un 95%, mayor porcentaje 15 años de hábito en un 65%, en un 31,7% 3 veces a 4 veces por semana consumen alcohol, pacientes presentaron lesiones cariosas con un 88,3%, lesiones cariosas con severidad moderada un 49,1%, la presencia de enfermedad periodontal, el 68,3% de pacientes con alcoholismo, se encontró una prevalencia de 41,7% de candidiasis bucal.

CONCLUSIONES: Los efectos del alcoholismo en la salud bucal de los pacientes fue una alta prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y candidiasis. Disminución ligera del pH salival.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo, salud bucal, caries dental, enfermedad periodontal, candidiasis, pH salival.

SUMMARY

OBJECTIVE: To assess the effects of alcoholism on oral health of patients treated at the Unidad de Servicios de Recuperación de Alcohólicos Anónimos Huánuco 2019.

MATERIALS AND METHODS: In this cross-sectional, observational, prospective study, the sample was made up of 60 patients diagnosed with alcoholism of both sexes, who are currently undergoing rehabilitation processes, were evaluated to determine the effects of alcoholism on oral health. Data were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, mean, minimum value, maximum value and standard deviation). The data collection instrument was the observation sheet, odontogram, phmetro was used to determine salivary ph. The statistical program SPSS version 24 was used to tabulate and analyze the information.

RESULTS: 70.0% of the patients studied were male, the highest percentage of patients come from the urban area in 95%, the highest percentage 15 years of habit in 65%, in 31.7% 3 times to 4 times a week consume alcohol, patients presented carious lesions with 88.3%, carious lesions with moderate severity 49.1%, the presence of periodontal disease, 68.3% of patients with alcoholism, found a prevalence of 41.7% of oral candidiasis.

CONCLUSIONS: The effects of alcoholism on the oral health of the patients was a high prevalence of dental caries, periodontal disease and candidiasis. Slight decrease in salivary Ph.

KEY WORDS: Alcoholism, oral health, dental caries, periodontal disease, candidiasis, salivary Ph.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
SUMMARY.....	vii
INDICE.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema	14
1.2 Formulación del Problema	16
1.3 Justificación de la Investigación.....	17
1.4 Viabilidad	18
1.5 Objetivos	19
1.6 Limitaciones	20

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes	21
2.2. Bases Teóricas	31
2.2.1. Salud Bucal.....	31
2.2.2. Alcoholismo	36
2.3. Definición de términos.....	42

2.4. Hipótesis	43
2.5. Sistema de Variables	43

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo, Nivel y Método de Investigación.....	44
3.2. Diseño y Esquema de Investigación	45
3.3. Población y Muestra.....	45
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	46
3.5. Técnicas de procesamiento y presentación de datos	47

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Procesamiento de Datos.....	48
----------------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Contrastación de Resultados	60
--	----

CONCLUSIONES	63
--------------------	----

RECOMENDACIONES.....	64
----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
---------------------------------	----

ANEXOS	72
--------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de los pacientes según sexo	48
Tabla 2. Distribución de los pacientes según procedencia	49
Tabla 3. Distribución de los pacientes según tiempo de hábito de consumo de alcohol	50
Tabla 4. Distribución de los pacientes según frecuencia de hábito de consumo de alcohol	51
Tabla 5. Caries dental en pacientes con alcoholismo	52
Tabla 6. Localización de caries dental en pacientes con alcoholismo ..	53
Tabla 7. Severidad de caries dental en pacientes con alcoholismo.....	54
Tabla 8. Enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo	55
Tabla 9. Localización de la enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo	56
Tabla 10. Severidad de enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo	57
Tabla 11. Candidiasis en pacientes con alcoholismo.....	58
Tabla 12. pH salival en pacientes con alcoholismo.....	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución de los pacientes según sexo	48
Gráfico 2. Distribución de los pacientes según procedencia	49
Gráfico 3. Distribución de los pacientes según tiempo de hábito de consumo de alcohol	50
Gráfico 4. Distribución de los pacientes según frecuencia de hábito de consumo de alcohol	51
Gráfico 5. Caries dental en pacientes con alcoholismo.....	52
Gráfico 6. Localización de caries dental en pacientes con alcoholismo.....	53
Gráfico 7. Severidad de caries dental en pacientes con alcoholismo..	54
Gráfico 8. Enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo.....	55
Gráfico 9. Localización de la enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo	56
Gráfico 10. Severidad de enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo.....	57
Gráfico 11. Candidiasis en pacientes con alcoholismo	58

INTRODUCCIÓN

Con respecto a la salud oral, el alcohol es uno de los factores de riesgo más importantes para el cáncer oral (1). El alcohol causa un cambio en la tasa de penetración de sustancias del entorno oral a través de la mucosa y esta alteración de la permeabilidad de la mucosa puede desempeñar un papel en la carcinogénesis (2). La evidencia sugiere que la creciente incidencia de cáncer oral (3), particularmente en personas más jóvenes, se asocia con una mayor ingesta de alcohol en lugar de con el consumo de tabaco (4).

Si bien el aumento del consumo de alcohol también se ha asociado con un mayor riesgo de lesiones premalignas orales (5), hay una escasez de datos sobre la prevalencia de lesiones de la mucosa oral en personas con antecedentes de abuso de alcohol (6).

El abuso del alcohol y la adicción se han convertido en un problema de salud pública en las sociedades occidentales (7), superado solo por las cardiopatías y el cáncer (8). Las condiciones severas de alcoholismo se han asociado con el cuidado inadecuado de la salud oral y los consiguientes cambios en los tejidos orales (9). La literatura informa asociación entre el alcoholismo y la inflamación gingival (10), alteraciones en la lengua, pigmentación en la mucosa, probabilidad de enfermedad periodontal severa y mayor riesgo de cáncer oral (11). Existen algunas diferencias en los resultados de los estudios que evalúan la ocurrencia de caries en individuos alcohólicos (12). Estas variaciones se deben a factores como la duración y el tipo de abuso de alcohol, la higiene oral, el hábito de fumar (13), el tiempo

transcurrido desde la última visita al dentista, el consumo de azúcar, la aparición de una función hepática anormal y el tratamiento con lactulosa (14).

Los estudios han demostrado que la adicción afecta la calidad de vida de los usuarios de sustancias (15). Sin embargo, se sabe muy poco sobre el impacto de las condiciones de salud oral en la calidad de vida general de las personas que se vuelven adictas al alcohol y / o las drogas (16).

El objetivo del presente estudio será investigar el efecto del alcoholismo en la salud bucal, de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del Problema

El alcoholismo es una enfermedad psiquiátrica crónica y progresiva que se describe como un patrón no autorizado, inadaptado y repetido de ingestión de alcohol, independientemente de sus consecuencias adversas físicas, psicológicas y sociales (17).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el consumo excesivo de alcohol es el tercer factor de riesgo de estilo de vida más grande en el mundo desarrollado (18). También es evidente que una ingesta excesiva de alcohol puede dañar seriamente la salud (19).

El alcohol se consume al beber. Por lo tanto, puede afectar inevitablemente la cavidad oral, la mucosa oral y los dientes del consumidor. Los efectos secundarios orales del alcohol dependen de la naturaleza y el contenido de la bebida, su concentración de alcohol y la frecuencia y cantidad de consumo (20). Los efectos psicológicos y los cambios de personalidad en el abusador pueden afectar la relación paciente-dentista ya que tienen un interés reducido en buscar y pagar la atención dental. El efecto fisiológico de la intoxicación por alcohol puede conducir a la incapacidad de comprender y aceptar los consejos dados por los trabajadores de la salud que pueden provocar el incumplimiento (21).

El alcohol es visto por muchos como una droga más aceptada socialmente y que ha sido ampliamente utilizada en muchas culturas durante siglos. Sin embargo, se sabe que el alcohol causa una amplia gama de enfermedades, además de crear cargas sociales y económicas en las sociedades (22). Varios factores están asociados con el consumo de alcohol y daños relacionados con el alcohol, como el desarrollo económico, la cultura, la disponibilidad de alcohol y el nivel y la eficacia de las políticas de alcohol (23), pérdida social y financiera para el país, incluyendo crimen, violencia doméstica, abuso infantil, pérdida de productividad, desintegración familiar y alto riesgo de enfermedades como VIH, Hepatitis, Tuberculosis, Cirrosis (24). Su uso está influenciado por el género, el estado socioeconómico, las relaciones con familiares y amigos, la cultura y el contexto (25).

La adicción al alcohol y las drogas puede tener un impacto importante en la salud oral de estas personas YHT (26). Los sujetos que son dependientes del alcohol y las drogas tienen un mayor riesgo de tener la salud oral comprometida por varias razones, tales como acceso limitado a la atención dental, mala alimentación, hábitos de higiene oral deficientes, falta de cuidado de la salud oral y salud general. Además, existen los efectos de las sustancias sobre los dientes y la mucosa oral que conducen al bruxismo, la pérdida de dientes, la enfermedad periodontal, la halitosis, la estomatitis y el cáncer oral (27).

1.2 Formulación del Problema

Problema General

¿Cuáles son los efectos del alcoholismo en la salud bucal de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019?

Problemas Específicos

Pe1: ¿Cuáles son los efectos del alcoholismo en la prevalencia de caries dental en los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019?

Pe2: ¿Cuáles son los efectos del alcoholismo en la prevalencia de enfermedad periodontal de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019?

Pe3: ¿Cuáles son los efectos del alcoholismo en la prevalencia de candidiasis en los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019?

Pe4: ¿Cuáles son los efectos del alcoholismo en el pH salival de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019?

1.3 Justificación de la Investigación

Teórica:

La realización del siguiente estudio de investigación nos da a conocer los efectos del alcoholismo en la salud bucal de los pacientes que acuden a la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos, para así tener un conocimiento real.

El hábito de consumir alcohol de manera convencional afecta a la cavidad bucal en toda su amplitud, ya que es ahí donde se produce el primer contacto con él, lo que trae como resultado efectos negativos, debido al efecto local de los productos derivados del alcohol. Además, produce variaciones en las propiedades físicas y químicas de la saliva.

Práctica:

Este trabajo se realiza porque contribuirá con el mejoramiento, promoción y prevención de las lesiones bucales que afectan a las personas que consumen alcohol, lo cual reduciría la muerte de muchas personas que por desconocimiento o por falta de información cometen errores que producen enfermedades que al final se vuelven irreversibles, acabando con la vida de muchas personas.

Académica:

Los programas preventivos en salud bucal y los estudiantes de Odontología que realizan práctica preclínica y clínica, a partir de los resultados encontrados den mayor énfasis en el establecimiento en un

diagnóstico que sea demostrado por los individuos para una mayor confiabilidad que les permita mantenerse informados y tomar la decisión de seguir o dejar la adicción para llevar una vida libre de alcohol y prevenir la aparición de lesiones en cavidad bucal.

1.4 Viabilidad

Técnico

Se cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo dicha investigación.

Operativo

Se cuenta con materiales que involucra el estudio, para la operación del proyecto.

Económico

La investigadora cuenta con todos los medios económicos necesarios para llevarla a cabo, el cual será financiado en su totalidad por el investigador.

Por lo tanto, el este estudio es viable al disponer de recursos humanos, económicos y materiales suficientes para la realización de la investigación.

La presente investigación es viable, ya que se cuenta con los recursos humanos, económicos para ser llevada a cabo la ejecución de la investigación y el estudio será financiado en su totalidad por el investigador.

1.5 Objetivos

Objetivo general

Evaluar los efectos del alcoholismo en la salud bucal de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

Objetivos específicos

Oe1: Determinar los efectos del alcoholismo en la prevalencia de caries dental de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

Oe2: Determinar los efectos del alcoholismo en la prevalencia de enfermedad periodontal de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

Oe3: Determinar los efectos del alcoholismo en la prevalencia de candidiasis de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

Oe4: Determinar los efectos del alcoholismo en el pH salival de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

1.6 Limitaciones

Limitación Teórica

- ✓ Información bibliográfica regional escasa para la referencia como antecedente en este estudio de investigación.

Limitación Humana

- ✓ Poca colaboración de las personas alcohólicas que asisten la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Internacional

Priyanka K.,Sudhir K., Reddy V., Kumar R., Srinivasulu G. India, 2017. “Impacto de la dependencia del alcohol en la salud oral: un estudio comparativo transversal”. OBJETIVO: Evaluar el impacto de la dependencia del alcohol en el estado de salud oral entre los alcohólicos en comparación con los no alcohólicos. MATERIALES Y MÉTODOS: Un total de 76 pacientes alcohólicos visitando el Departamento de Psiquiatría fueron comparados con no alcohólicos emparejados. Los sujetos fueron categorizados como dependientes del alcohol según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense. Los sujetos no alcohólicos se seleccionaron controlando las posibles variables de confusión, como el cigarrillo, el tabaquismo y la edad. Los datos fueron recolectados por entrevista y examen clínico. El estado de salud oral de los sujetos se evaluó utilizando un formulario modificado de la OMS y se evaluaron el pH salival y el pH de la placa. Se usó la prueba de Chi-cuadrado para evaluar los detalles sociodemográficos y se utilizó la prueba U de Mann-whitney para la prevalencia de caries dental y enfermedades periodontales. Se usó la prueba t de Desempaquetado para la placa y el pH salival. RESULTADOS: No se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo control alcohólico y no

alcohólico con respecto a los detalles sociodemográficos. El predominio de caries dental fue más alta en sujetos dependientes del alcohol con una media de CPOE de 5,92 en comparación con sujetos no alcohólicos (4,51). La prevalencia de periodontitis fue mayor (89.61%) en sujetos dependientes del alcohol en comparación con los controles (78.67%). La prevalencia de lesiones mucosas entre sujetos dependientes del alcohol fue del 31,5%, que fue mayor que la de los controles (25%). Los sujetos que fueron categorizados como alcohólicos mostraron una placa más baja y pH salival en comparación con los no alcohólicos. **CONCLUSIÓN:** Los sujetos clasificados como sujetos dependientes del alcohol tenían una placa media y un pH salival ligeramente más bajos y una mayor prevalencia de caries dental, periodontitis y lesiones de la mucosa en comparación con sujetos no alcohólicos (28).

Hach M., Holm-Pedersen P., Adegboye A., Avlund K. Dinamarca, 2015. “El efecto del consumo de alcohol en la periodontitis en los daneses mayores”. **OBJETIVOS:** Examinar la asociación del consumo de alcohol medido en diferentes puntos en el tiempo y la periodontitis a los 20 años de seguimiento e investigar si el consumo de alcohol a largo plazo está relacionado con la **periodontitis** en la vejez. **DISEÑO:** Los participantes de 65 años o más en 2003, del estudio longitudinal Copenhagen City Heart Study (CCHS), fueron invitados a participar en el Estudio superior de Copenhague sobre salud oral. **MÉTODOS:** La pérdida de inserción periodontal clínica se calculó para determinar el progreso de la periodontitis. El consumo de alcohol se midió en los seguimientos de

CCHS en 1981-1983, 1991-1994 y 2001-2003, utilizando un cuestionario estándar. El consumo de alcohol se definió como consumo ligero, moderado y fuerte y se usó individualmente para cada seguimiento. Los tres seguimientos se resumieron en el consumo de alcohol a largo plazo. El análisis de regresión logística se utilizó para estimar la relación entre el consumo de alcohol medido en diferentes puntos en el tiempo y la periodontitis y para evaluar el efecto del consumo de alcohol a largo plazo sobre la periodontitis. RESULTADOS: Muestran que los alcohólicos empedernidos en 1981-1983 tenían una odds ratio más alta por tener periodontitis en comparación con los bebedores ligeros (OR = 4.64 IC 95% = [1.1; 19.42]). CONCLUSIÓN: El consumo temprano de alcohol puede aumentar las probabilidades de tener periodontitis 20 años después. Se necesitan más estudios que incluyan poblaciones más grandes para investigar tanto el consumo de alcohol medido en diferentes momentos, como el consumo de alcohol a largo plazo y la progresión de la periodontitis a lo largo del tiempo (29).

Susin C., Wagner M., Haas A., Oppermann R., Albandar J. Brasil, 2015. “La asociación entre el consumo de alcohol y la periodontitis en adultos del sur de Brasil”. OBJETIVO El objetivo del presente estudio fue investigar la relación entre el consumo de alcohol y la periodontitis en una muestra de probabilidad de adultos del sur de Brasil. MATERIAL Y MÉTODOS: Este análisis incluyó 1115 sujetos de 18-65 años derivados de una prueba representativa del sur de Brasil. Los datos fueron recolectados de los participantes del examen clínico y entrevistas estructuradas. El consumo de alcohol se

evaluó preguntando a los participantes sobre la cantidad habitual de bebidas consumidas en una semana. Se definieron cuatro categorías de consumo de alcohol: no bebedor, ≤ 1 vaso / semana, > 1 vaso / semana, ≤ 1 vaso / día y > 1 vaso / día. Las personas con $\geq 30\%$ de los dientes con pérdida de inserción periodontal ≥ 5 mm se clasificaron con periodontitis. Se usaron modelos logísticos ajustados por edad, raza, nivel socioeconómico, cuidado dental, índice de masa corporal, diabetes auto informada y tabaquismo para estimar odds ratios (OR) e intervalos de confianza (IC 95%). RESULTADOS: Después de ajustar los cofactores, las mujeres que informaron que bebían > 1 vaso / d tenían más posibilidad de tener periodontitis (OR = 3.8, IC 95% = 1.4-10.1), mientras que las mujeres que informaron que bebían hasta 1 vaso / día eran 50% menos posibilidad de tener periodontitis (OR = 0.5, 95% CI = 0.3-0.8). No se observaron asociaciones significativas entre el consumo general de alcohol y la periodontitis en los hombres. En un análisis exploratorio, el consumo de vino se asoció con una menor probabilidad de periodontitis en los hombres (OR = 0.2, IC 95% = 0.1-0.5) pero no en las mujeres. CONCLUSIÓN: La salud periodontal de hombres y mujeres parece verse afectada de manera diferente por el consumo de alcohol. El consumo moderado de vino puede tener un efecto ventajoso en los hombres (30).

Dukić W., Dobrijević T., Katunarić M., Lesic S. Croacia, 2013. “La prevalencia de caries en alcohólicos crónicos y la relación con el flujo salival y el PH”. OBJETIVO: El objetivo de este

estudio fue investigar el estado dental de los alcohólicos; para evaluar la relación del pH de saliva no estimulado y estimulado en sus dientes cariados / faltantes / llenos (CPOD); y para evaluar la relación de la tasa de flujo salival no estimulada y estimulada en su CPOD. MÉTODO: Se realizó un estudio transversal en pacientes tratados por dependencia del alcohol (n = 70, edad media 41,7 años) y un grupo control de personas no alcohólicas (n = 70, edad media 39,1 años). Los exámenes para la caries dental se realizaron utilizando los criterios y cuestionarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La correlación entre las variables nominales se determinó mediante la prueba de chi² (alfa = 0.05). La correlación entre las variables de intervalo se determinó utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. RESULTADO: La media de DMFT fue semejante en alcohólicos (14.40) y en el grupo de control (13.44) (p > 0.05). Hubo una correlación estadísticamente significativa entre el alcoholismo y la tasa de flujo salival no estimulada (p < 0,05), pero no se registró ninguna relación con el CPOE. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los alcohólicos y los controles en términos de tasa de flujo salival estimulada (p > 0.05) o flujo salival estimulado en CPOF (p > 0.05). Hubo una correlación estadísticamente significativa entre el alcoholismo y el valor de pH de la saliva estimulada (p < 0.01). No hubo correlación entre la cantidad de alcohol consumido y el número de lesiones cariosas (p > 0.05). CONCLUSIONES: No se encontraron diferencias notables con respecto al CPOD general en alcohólicos en comparación con el grupo de control. El alcoholismo y el flujo de saliva estimulada no mostraron correlación. El índice de flujo salival no estimulado, así

como los valores de pH de la saliva no estimulada y estimulada, fueron más bajos en el grupo alcohólico (31).

Heegaard K., Avlund K., Holm-Pedersen P., Hvidtfeldt U., Bardow A., Grønbæk M. Dinamarca, 2011. “Cantidad y tipo de consumo de alcohol y dientes faltantes entre los adultos mayores que viven en la comunidad: hallazgos del estudio Copenhagen Oral Health Senior”. OBJETIVOS: Estudiar si existe una asociación entre la ingesta semanal total de alcohol, la ingesta semanal específica de alcohol, la preferencia de bebidas alcohólicas y el número de dientes entre las personas mayores. MÉTODOS: Estudio transversal que incluyó a un total de 783 hombres y mujeres de 65 a 95 años que vivían en la comunidad y fueron entrevistados sobre los hábitos de consumo de alcohol y se les realizó un examen clínico oral y dental. Se aplicaron análisis de regresión múltiple para estudiar la asociación entre el consumo semanal total de alcohol, el consumo de alcohol específico de bebidas, la prioridad de bebidas (definida como la ingesta más alta de un tipo de bebida en comparación con otros dos tipos) y el número de dientes remanentes (≤ 20 versus > 20 dientes restantes). RESULTADOS: La odds ratio (OR) de tener un bajo número de dientes disminuyó con la ingesta total de alcohol en las mujeres, con OR para un número bajo de dientes de 0,40 [intervalo de confianza del 95 por ciento (CI) 0.22-0.76] en las mujeres que beben 1- 14 bebidas por semana y 0.34 (95 por ciento CI 0.16-0.74) en mujeres con una ingesta de más de 14 bebidas por semana en comparación con abstemios. También podrían obtenerse relaciones parecidas para la ingesta de alcohol específica

para el vino y para la preferencia de vinos y bebidas espirituosas entre las mujeres. Los hombres que prefirieron la cerveza mostraron una reducción del riesgo de tener pocos dientes en comparación con los hombres con otras preferencias de alcohol. **CONCLUSIÓN:** En este estudio, el consumo de alcohol, el consumo de vino y la preferencia de vino y licores entre las mujeres se asociaron con un mayor número de dientes en comparación con los abstemios. Entre los hombres, los que preferían la cerveza también tenían una mayor cantidad de dientes (32).

Amaral Cda., Vettore M., Leão A. Brasil, 2009. “La relación de la dependencia del alcohol y el consumo de alcohol con la periodontitis: una revisión sistemática”. **OBJETIVOS:** El objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar los estudios sobre la relación entre la adicción del alcohol y el consumo de alcohol con la periodontitis. **datos y fuentes:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en enero de 1965 a julio de 2008 de las listas de referencias bibliográficas de bibliografía COMPAMED Medline, Latin America and Caribbean Health Science-LILACS, Scientific electronic library-SciELO y Cochrane Central Register of Controlled Trials-CCRT literature. De los estudios identificados también fueron buscados. **RESULTADOS:** De los 1530 trabajos identificados, 11 estudios observacionales transversales y 5 longitudinales cumplieron con los criterios de inclusión. Siete de los 12 estudios sobre el consumo de alcohol y 4 de los 4 estudios sobre la adicción del alcohol informaron asociaciones positivas entre el consumo de alcohol y la periodontitis. Hubo heterogeneidad entre los estudios sobre los métodos de evaluación

de la dependencia del alcohol, el consumo de alcohol y la periodontitis. Por lo tanto, no se realizó un metanálisis. Aunque el tabaquismo se trató adecuadamente en todos los estudios seleccionados, se tuvo en cuenta el efecto de confusión de la placa dental en solo 6 estudios. **CONCLUSIÓN:** El consumo de alcohol puede considerarse un indicador de peligro para la periodontitis. Se necesitan estudios longitudinales sobre la asociación de la dependencia del alcohol y el consumo de alcohol con la periodontitis para confirmar la asociación o no (33).

Kongstad J., Hvidtfeldt U., Grønbaek M., Jontell M., Stoltze K., Holmstrup P . Dinamarca, 2008. “Cantidad y tipo de alcohol y periodontitis en el Copenhagen City Heart Study”. **OBJETIVO:** fue estudiar la asociación entre el consumo de alcohol y la periodontitis evaluada como pérdida de inserción clínica (CAL) y sangrado al sondaje (BOP) en un diseño transversal. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El estudio incluyó a 1,521 adultos de entre 20 y 95 años, que se sometieron a un examen oral que incluyó el registro completo de CAL y BOP. El alcohol se determinó mediante un cuestionario de frecuencia de alimentos. La asociación entre el alcohol total y el tipo específico y la periodontitis se evaluó mediante regresión logística multivariada. **RESULTADOS:** Se observó una odds ratio (OR) más baja para CAL (definida como media \geq 3 mm) en hombres que consumieron 21-34 [OR = 0,51, intervalo de confianza (IC) del 95%, 0,27-0,95] y más de 35 bebidas por semana (OR = 0.34, IC 95%, 0.15-0.79) en comparación con los hombres que beben 1-13 bebidas / semana. Además, los hombres con un consumo semanal de vino de

más de 14 bebidas en comparación con los hombres que informaron que no ingirieron vino tuvieron una OR más disminucion para CAL (OR = 0,24; IC del 95%, 0,09-0,62). Se observó una OR mayor para BOP (definida como $\geq 25\%$) entre los abstemios varones (OR = 1,79, IC del 95%, 1,03 a 3,12) en comparación con los hombres en el grupo de consumo ligero (1-13 bebidas / semana). No se observó asociación significativa para CAL o BOP en mujeres.

CONCLUSIONES: Los resultados indican que un mayor consumo de alcohol, en particular la ingesta de vino, está inversamente asociado con la CAL en los hombres. Tal asociación no se encuentra en las mujeres (34).

Shimazaki Y., Saito T., Kiyohara Y., Kato I., Kubo M., Iida M., Yamashita Y. Japón, 2005. “Relación entre beber y periodontitis: el estudio de Hisayama”. OBJETIVO, Aunque estudios recientes sugieren una relación entre el consumo de alcohol y la enfermedad periodontal, la relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol y la gravedad de la periodontitis no está clara.

MÉTODOS: El consumo de alcohol se evaluó utilizando la frecuencia de consumo y la ingesta diaria de alcohol para 961 personas de 40 a 79 años. El estado periodontal se evaluó usando la profundidad de sondaje (PD) y la pérdida de inserción clínica (CAL).

RESULTADOS: El consumo de alcohol se asoció linealmente con el grado de PD y CAL en los análisis univariados ($P < 0,001$). En análisis de regresión logística multivariante, los sujetos que beben de 15 a 29,9 g de alcohol por día (odds ratio [OR] = 2,7, intervalo de confianza [IC] del 95% = 1,1 a 6,6) o más de 30 g por día (OR = 2,5; 95 % CI = 1.1 a

5.7) tuvieron un riesgo significativamente mayor de tener más del 35% de sus dientes con PD \geq 4 mm que los no bebedores, independientemente de otras variables de confusión. No se observó una relación significativa entre beber y CAL en el análisis multivariado. **CONCLUSIÓN:** Estos resultados aconsejan que el efecto del consumo de alcohol en el estado periodontal se limita a sujetos con bolsas periodontales profundas asociadas con más de un tercio de sus dientes (35).

Tezal M., Grossi S., Ho A., Genco R. Estados Unidos, 2001. “El efecto del consumo de alcohol en la enfermedad periodontal”. OBJETIVO: evaluar la relación entre el consumo de alcohol y la gravedad de la enfermedad periodontal. MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal de 1,371 sujetos de entre 25 y 74 años en la población del condado de Erie, Nueva York. La ingesta de alcohol se evaluó mediante cuestionarios autoinformados previamente validados. Las variables de resultado fueron hemorragia gingival, pérdida de inserción clínica, pérdida de hueso alveolar y presencia de microorganismos subgingivales. RESULTADOS: Los análisis de regresión logística ajustados por edad, sexo, raza, educación, ingresos, tabaquismo, diabetes mellitus, placa dental y la presencia de cualquiera de 8 microorganismos subgingivales presentaron que aquellos que consumían \geq 5 bebidas / semana tenían una odds ratio (OR) de 1,65 (IC del 95%: 1,22 a 2,23) de tener hemorragia gingival más alta, y OR de 1,36 (IC del 95%: 1,02 a 1,80) de tener una pérdida de inserción clínica más grave en comparación con aquellos que consumen $<$ 5 bebidas / semana. Aquellos que consumieron \geq 5

10 bebidas / semana tuvieron una razón de posibilidades (OR) de 1.62 (IC 95%: 1.12 a 2.33) de tener hemorragia gingival más alta y OR de 1.44 (IC 95%: 1.04 a 2.00) de tener una clínica más severa pérdida de apego en comparación con aquellos que consumen <10 bebidas / semana. El consumo de alcohol no se relacionó significativamente con la pérdida ósea alveolar ni con ninguno de los microorganismos subgingivales. CONCLUSIONES: Los resultados recomienda que el consumo de alcohol se relaciona con un aumento moderado de la gravedad de la enfermedad periodontal. Se necesitan estudios longitudinales para determinar si el alcohol es un verdadero factor de riesgo para la enfermedad periodontal (36).

Nacional

No se encontró estudios similares a la investigación

Regional

No se encontró estudios similares a la investigación.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Salud Bucal

2.2.1.1. Enfermedad Periodontal

a) Periodontitis

Periodontitis “La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes, provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos, que tiene como efecto la destrucción progresiva del periodonto con formación

de bolsas, recesión o ambas” (37). Se diferencia de la gingivitis por la existencia de pérdida de inserción

Periodontitis crónica Forma más común de periodontitis que predomina más en personas de edad adulta (36).

Signos Clínicos Incluyen pérdida de inserción clínica, pérdida de hueso alveolar, formación de bolsas periodontales e inflamación gingival. A esto se puede añadir un sobre crecimiento o recesión gingival, sangrado al sondaje, movilidad dentaria aumentada, supuración, pudiendo llegar a la pérdida dentaria (37).

Según su extensión puede clasificarse en:

- ✓ Localizada, si están afectadas menos de un 30% de las localizaciones (38).
- ✓ Generalizada, si se afectan más del 30% de las localizaciones.

Según su severidad se divide en:

- ✓ Periodontitis leve: cuando las pérdidas de inserción clínica son de 1 a 2 mm.
- ✓ Periodontitis moderada: si las pérdidas de inserción se encuentran entre 3 y 4 mm.
- ✓ Periodontitis severa: pérdidas de inserción clínica mayor o iguales a 5 mm.

Variables Epidemiológicas

Prevalencia de enfermedad periodontal: se refiere al número de personas que presentan enfermedad periodontal en un momento dado.

Indicador: se manifiesta en porcentaje el número de personas que presentan enfermedad periodontal. Tomando en cuenta la presencia de alguna de las siguientes variables: $PSG \geq 4$ mm., presencia de sangrado al sondeo, presencia de cálculos dentarios, furcas y/o movilidad.

Gingivitis: inflamación de la encía sin pérdida ósea.

Indicador: por medio de inspección visual, sangrado al sondeo, y $PSG \leq 3$ mm.

Periodontitis: inflamación de la encía con pérdida ósea.

Indicador: por medio de inspección visual, sangrado al sondeo $PSG \geq 4$ mm, movilidad dentaria y/o lesión de furca.

Extensión de Enfermedad Periodontal: se refiere al número de piezas dentales afectadas por enfermedad periodontal.

Indicador: si presentan $PSG \geq 4$ mm., cálculos dentales, sangrado al sondeo, lesión de furcas y/o movilidad en determinado número de piezas puede ser:

- ✓ 1-5 piezas dentales afectadas: localizada.
- ✓ 6-10 piezas dentales afectadas: levemente generalizada. •
- ✓ 11-15 piezas dentales afectadas: moderadamente generalizada.
- ✓ 16 o más piezas dentales afectadas: generalizada.

Severidad de enfermedad periodontal: se refiere al grado de afección de la enfermedad.

- ✓ Leve (PSG \leq 3mm).
- ✓ Moderada (PSG 4 – 6mm).
- ✓ Severa (PSG \geq 7mm) (39).

2.2.1.2. Caries Dental

Definición:

La caries dental es básicamente una enfermedad microbiana que afecta a los tejidos calcificados de los dientes(40), empezando primero con una disolución localizada de las estructuras inorgánicas en una determinada superficie dental por medio de ácidos de origen bacteriano, hasta llegar, finalmente a la desintegración de la matriz orgánica(41). La caries es una enfermedad infecciosa, progresiva y multifactorial de causa químico-biológico, caracterizado por la degradación de los tejidos duros del diente (42).

Etiología:

La caries dental es una enfermedad multifactorial. Numerosos autores han reconocido y descrito el proceso como la interrelación de tres importantes factores(43). El huésped (saliva y dientes) · Microflora. (bacterias de la cavidad oral) · El substrato (alimentos y dieta).

Candidiasis

La candidiasis oral es una infección oportunista general de la cavidad oral causada por un sobrecrecimiento de las especies de cándida, siendo la más común la *Cándida albicans* (44).

Las causas de la candidiasis oral incluyen la edad, xerostomía, terapia antibiótica, uso de prótesis, costumbre de fumar, síndrome de Cushing, inmunodeficiencias y diabetes mellitus (45).

2.2.1.3. pH Salival

El término pH fue originalmente determinado por Sorensen en 1909, como la concentración de iones de hidrógeno. Actualmente se define al pH como la actividad de los iones de hidrógeno en una solución y matemáticamente definida como el logaritmo decimal negativo de la actividad de iones hidrógeno en una solución $\text{pH} = -\log_{10} (a\text{H}^+)$ (46).

El esmalte del diente es muy delicado a disolución ácida cuando el pH del ambiente en los fluidos es menor que el pH crítico en el cual el fluido es insaturado con respecto a los minerales del diente. Para la saliva el pH crítico con respecto a los minerales del diente es entre 5.5 y 6.5, a su vez está inversamente relacionado con la concentración de calcio y fósforo de la saliva. El concepto de pH crítico es aplicable únicamente a soluciones que están en contacto con un mineral en particular, tal como el esmalte (pH crítico de 5.5). La saliva y la placa fluida se hallan normalmente supersaturadas con respecto al esmalte del diente porque el pH es mayor al pH crítico. Por lo tanto, nuestros dientes no se disuelven en nuestra saliva o placa. Por otra parte, estos fluidos pueden no estar sobresaturados con respecto a iones individuales tales como el calcio y el fosfato (47).

Métodos de Medición del PH Salival

A través de cintas Las cintas reactivas para medir pH pueden variar de 1 a 14, pero esto va a depender de la marca comercial. El principio para la medida de pH se fundamenta en lo siguiente: las tiras son impregnadas con dos indicadores: uno ácido, generalmente rojo fenol y uno alcalino verde de bromocresol. Dichos indicadores a pH neutro son por lo general a color amarillo. En presencia de una solución ácida el indicador altera a rojo, siendo la intensidad del color inversamente proporcional a las unidades de pH, en presencia de una solución alcalina, el indicador cambiara a tonalidades que varían de verde claro al azul intenso por lo que el color que toma el indicador es directamente proporcional al pH. De esta manera, al impregnar la cinta reactiva con una solución, puede haber una pequeña perdida de indicador, por lo tanto, el pH obtenido con esta es aproximado y su uso limitado. No debe ser empleado en exámenes que requieran de un valor de pH preciso (48).

2.2.2. Alcoholismo

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al alcoholismo como el término de síndrome de adicción alcohólica que corresponde a “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol

de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”.

El alcoholismo se caracteriza por una adicción emocional y a veces orgánica, que incluye además por una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas (49).

De acuerdo con la magnitud del alcoholismo la (OMS) Organización Mundial de la Salud la considera como una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal que se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol. Es producida por la ingestión demasiado de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias.

Es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de célula en el cuerpo, abarcando las que se encuentran en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables; después de la exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente a ellos. Para las personas que sufren de alcoholismo, el tomar se transforma en el medio principal a través del cual pueden interactuar con personas, trabajo y vida. El alcohol domina su pensamiento, emociones y acciones.

Entre las periodontopatías producidas por el alcohol tenemos atrofia epitelial de la mucosa bucal, aumenta la permeabilidad de la

mucosa e incrementa la solubilidad de las sustancias tóxicas, xerostomía como consecuencia de la alteración morfológica y funcional que sufren las glándulas salivales por efecto del etanol (50).

Etapas de la enfermedad

Primera fase: De bebedor social a fase pre alcohólica El tomar ya no cumple un fin social, sino que la persona utiliza el alcohol para colmar una necesidad o para aliviar una emoción. La cantidad de alcohol que se ingiere, aumenta más de lo que ingieren los que lo rodean; va perdiendo algo de responsabilidad en su modo de tomar. Habla frecuentemente del alcohol, y piensa más y más en este.

Segunda fase: Etapa sintomática Experimenta lagunas mentales, olvidándose de lo que pasó el día anterior. Su forma de beber empieza a alterar, toma tragos de un solo golpe; toma antes de ir a fiestas; comienza a sentir malestar al día siguiente, el cual, con cada nueva borrachera, se va empeorando. La familia empieza a notar que algo anda mal, y quizá los amigos del trabajo o estudio le han llamado la atención de que está tomando demasiado. Pero a pesar de los comentarios, sigue tomando, sólo que trata de hacerlo más privadamente, de ocultarlo.

Tercera fase: Etapa crítica

Etapa temprana de la fase crítica: La disminución de control se experimenta claramente. Bebe compulsivamente; pero hay inconsistencias en las experiencias de pérdida de control. Hay veces en que se comporta normalmente y es capaz de beber cuando quiere,

mientras que, en otras ocasiones, no puede hacerlo. Esta disminución de control va aumentando de manera progresiva, Con las alteraciones corporales y cerebrales, la tolerancia aumenta cada vez más y el individuo sigue acrecentando las dosis, para poder sentir los efectos que busca. Presenta una variedad de excusas y razones para explicar su comportamiento, justificar sus excesos en la bebida. Sus mecanismos de defensa le ayudan a justificarse, y tiende a echarle la culpa a otros de sus problemas, Comienza la obligación de la bebida por la mañana, para contrarrestar el malestar que él experimenta con el síndrome de abstinencia.

Etapa avanzada de la fase crítica. Pueden surgir cambios de personalidad muy drásticos y graves. En esta etapa, una persona pacífica puede llegar a ser destructiva, violenta, hostil, paranoica, y hasta peligrosa. El alcohol está llegando a producir problemas más avanzados, Experimenta dificultad en el trabajo, con su familia, y con todo el que le rodea, en general. Al final de este período, la pérdida de control no se limita a una sola noche de vez en cuando, sino que el alcohólico empieza a beber durante varios días seguidos, sin parar. El síntoma más indicativo del rápido avance de su adicción, es que la pérdida de control es tal, que tiene que quedarse en cama los lunes, por ejemplo, y no ir al trabajo. Comienza a beber desde el viernes, y no puede parar el lunes. Van aumentando los días en los cuales no puede funcionar como antes (51).

Cuarta Fase: La fase crónica. En esta fase la necesidad del alcohol es fulminante. La persona tiene que tomar todos los días para sentirse

bien físicamente. Bebe sin preocupación de todo lo demás: hijos, familia, comida y trabajo. Para sobrevivir tiene que tomar.

Tiene temblores en las manos y en el cuerpo, cuando no tiene alcohol dentro de su organismo siente la preocupación constante de cómo conseguir su dosis de alcohol. Su baja tolerancia se hace evidente. Unos pocos tragos producen en él efectos muy fuertes. Usan este dato para seguir en el engaño y la negación a veces. Guarda resentimientos duro contra todos, y autocompasión patológica para sí mismo. Está en un callejón sin salida, lleno de miedo y ansiedad.

Consecuencias del Alcoholismo en la Cavidad Bucal

Agente causal del cáncer oral: Ocurren en cierta forma lo que sucede con el tabaco, por lo general los autores están de acuerdo que el uso inmoderado del alcohol, sea fuera de su etiología, produciendo alteraciones marcadas en la mucosa oral, muchos de los cuales terminan en lesiones precancerosas o cancerígenas.

La relación del cáncer oral se menciona que el consumo crónico de bebidas alcohólicas está asociado desde un punto de vista epidemiológico con un riesgo aumentado de cáncer en incremento, ya que el consumo de alcohol incrementa la permeabilidad de la mucosa oral y no es suficiente para explicar el mayor riesgo de desarrollo de cáncer oral en personas bebedoras, ya que esto ha determinado la búsqueda de otros mecanismos asociados al consumo de etanol. El consumo de alcohol en las personas perjudica de manera directa a la

cavidad bucal, ya que se presentan aspectos del deterioro de las encías y el esmalte, como resultado de que se reseca la mucosa bucal y se debilita la boca siendo presa perfecta para el alojamiento de las placas bacterias.

Flujo salival: Es uno de los factores que cuando presenta disminución favorece la aparición de caries dental; en pacientes con xerostomía debido a la ingestión de drogas, radioterapia u otras enfermedades que afectan la norma función de las glándulas salivales. PH: En la cavidad oral la placa dento bacteriana están relacionadas con la capacidad amortiguadora de la saliva, la cual está determinada por la apariencia de sistemas tales como: bicarbonatos, fosfatos, amoníaco y proteínas

Efectos del alcohol sobre la salud periodontal: Son significativos puesto su consumo de bebidas tiene repercusiones prácticamente en todo el organismo, con manifestaciones neurológicas, cardiovasculares, digestivas, sexuales y en la cavidad oral. El alcohol produce atrofia en la mucosa, aumenta la permeabilidad o incrementa la solubilidad de las sustancias tóxicas, ya que los efectos de la adicción de estas sustancias van desde la destrucción del esmalte. De acuerdo a Nicandro (2008): “Los efectos del alcohol se define como la inflamación de las estructuras de protección y soporte del diente como encía, hueso, cemento y ligamento periodontal, relacionada con la edad, sexo, nivel educacional y socioeconómico, hábitos como el tabaco y alcohol (52).

2.3. Definición de términos

- **Alcoholismo:** Se trata de un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interpone con la salud y con el funcionamiento social y económico del individuo (53).
- **Caries dental:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se empieza después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades (54).
- **Enfermedad periodontal:** Una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes provocado por microorganismos o grupos de microorganismos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas (55).
- **Candidiasis bucal:** La Candidiasis Oral es una infección provocado por las especies comensales de un hongo saprofítico del género Cándida (56).
- **Mucosa oral:** Los tejidos blandos que tapizan la cavidad bucal constituyen una membrana denominada mucosa. Toda mucosa está compuesta por un epitelio y un tejido conectivo subyacente denominado corion o lámina propia. Ambos tejidos están conectados por la membrana basal (57).

- **pH salival:** El pH salival es la forma de expresar en términos de una escala logarítmica, la concentración de iones hidrógeno que se hallan en la solución salival, determinando así las características ácidas o básicas de la saliva. El pH salival tiende a la neutralidad con un valor promedio de 6,7 variando entre 6,2 y 7,6 (58).

2.4. Hipótesis

Hi: Los efectos del alcoholismo influyen en la salud bucal de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

Ho: Los efectos del alcoholismo no influyen en la salud bucal de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

2.5. Sistema de Variables

Variable de Independiente

Alcoholismo

Variable Dependiente

Efecto en la salud bucal

Variable Interviniente

Edad, Sexo, Tiempo de la enfermedad, Frecuencia.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo, Nivel y Método de Investigación

Tipo:

- **Según la finalidad del investigador:** Es Básica o pura porque estuvo orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos y campos de investigación porque conoció, describió y explico sobre el estado de la situación del problema (59).
- **Según intervención del investigador:** Es Observacional porque se determinó la existencia de los efectos de alcohol en la cavidad oral por medio de un examen clínico (60).
- **Según número de mediciones de la variable de estudio:** Es Transversal porque se determinó en un momento, en un tiempo limitado y establecido (61).
- **Según número de variables de interés (analíticas):** es descriptivo porque se buscó especificar propiedades, características y rasgos importantes, así se describió cuáles son los efectos del alcoholismo en la salud bucal (62).
- **Según la planificación de las mediciones de la variable de estudio:** Es Prospectivo porque se determinó las variables simultáneamente en un determinado momento (63).
- **Nivel:** Es Explicativo porque se explicó del estado de la situación del problema los efectos más relevantes del alcoholismo en la salud bucal (64).

3.2. Diseño y Esquema de Investigación

El diseño es no experimental

Esquema:



Dónde:

GE1: Grupo de estudio 1 (pacientes con diagnóstico de alcoholismo)

O1: Representa la información del GE1 (efectos en la salud bucal)

3.3. Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes que acudieron a la unidad de servicio de recuperación de alcohólicos anónimos. los meses de Mayo a Junio Huánuco 2019.

Muestra

Se realizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo 60 pacientes que fueron atendidos en los meses de mayo a junio en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes de ambos sexos que se diagnosticaron con alcoholismo de 20 a 50 años.

- ✓ Pacientes que firmaron el consentimiento informado
- ✓ Pacientes que pertenecieron la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019.

Criterios de Exclusión

- ✓ Pacientes que han referido diagnóstico de enfermedad sistémica (metabólicas, infectocontagiosa, autoinmune, VIH, trasplantados entre otras).
- ✓ Pacientes que han referido ingesta de medicación por prescripción médica por un período mayor a 1 año al momento de la entrevista.
- ✓ Sujetos que portaban aparatología de ortodoncia.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se empleó para la recolección de datos fue por medio de la observación.

El instrumento de recolección de datos fue la ficha de observación, odontograma, se utilizó un pH metro para la determinación de pH salival.

En la validación de los instrumentos fue realizada por tres expertos (profesionales cirujanos dentistas y especialistas) quienes validaron los instrumentos elaborados.

3.5. Técnicas de procesamiento y presentación de datos

Para el procesamiento se utilizó un ordenador Intel inside Core i5, se utilizó el programa estadístico Excel y SPSS V 24 Para el análisis de los datos se utilizó.

Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media, valor mínimo, valor máximo y desviación estándar).

La estadística descriptiva para la definición de las variables en la población de estudio mediante frecuencias porcentajes, media, desviación estándar, etc.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Procesamiento de Datos

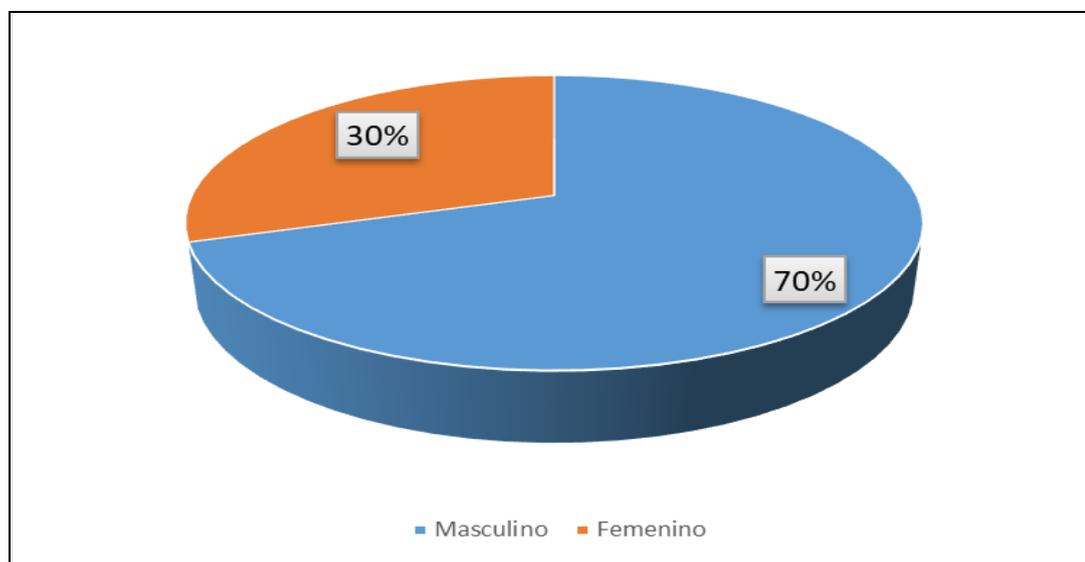
Tabla 1
Distribución de los pacientes según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	42	70,0	70,0
Femenino	18	30,0	30,0
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 1

Distribución de los pacientes según sexo



Fuente: Tabla 1.

Interpretación:

En la tabla y gráfico adjunto, se observa que el 70,0% corresponde a pacientes de sexo masculino y en menor porcentaje pacientes de sexo femenino 30%.

Tabla 2

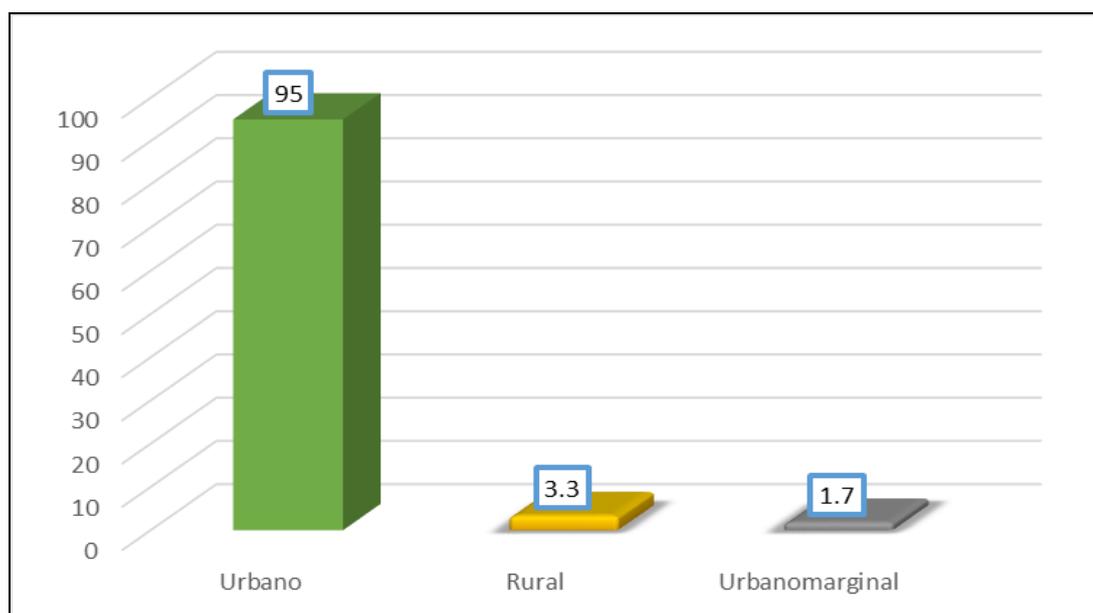
Distribución de los pacientes según procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Urbano	57	95,0	95,0
Rural	2	3,3	3,3
Urbano-marginal	1	1,7	1,7
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 2

Distribución de los pacientes según procedencia



Fuente: Tabla 2.

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico se observa la distribución de los pacientes según procedencia, donde el mayor porcentaje de los pacientes proceden de la zona urbana en un 95%, seguido de los pacientes de procedencia del área rural 3,3% y finalmente el 1,7% proceden urbano marginal.

Tabla 3

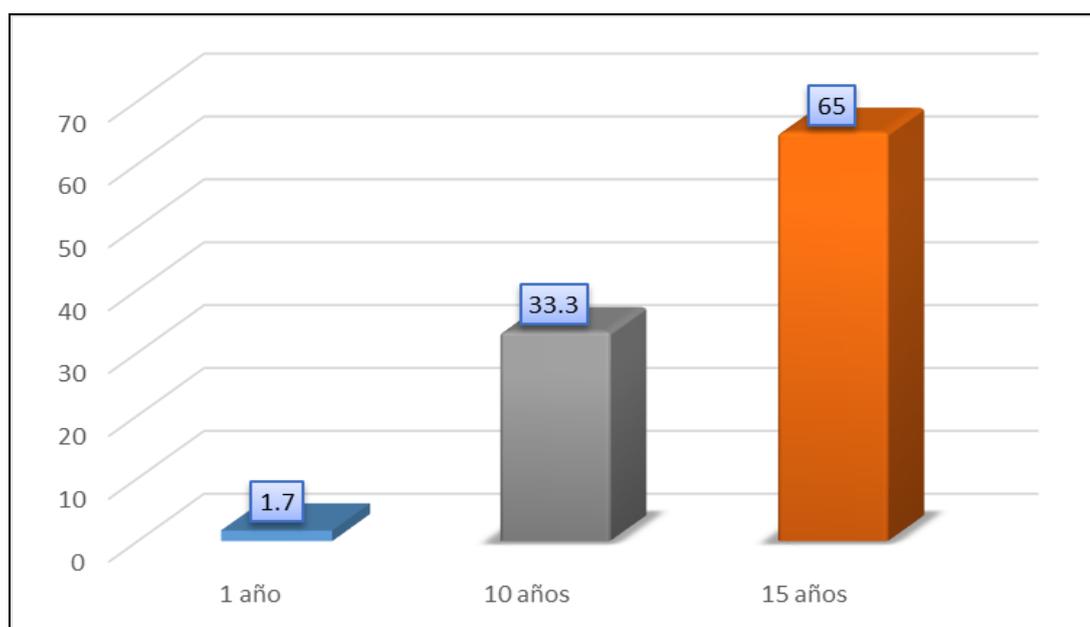
Distribución de los pacientes según tiempo de hábito de consumo de alcohol

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1 año	1	1,7	1,7
10 años	20	33,3	33,3
15 años	39	65,0	65,0
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 3

Distribución de los pacientes según tiempo de hábito de consumo de alcohol



Fuente: Tabla 3.

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico se observa la distribución de los pacientes según tiempo de hábito de consumo de alcohol, donde el mayor porcentaje de los pacientes presentaron en mayor porcentaje 15 años de hábito en un 65%, seguido de los pacientes con 10 años de hábito 33,3% y finalmente 1 año de hábito con 1,7%.

Tabla 4

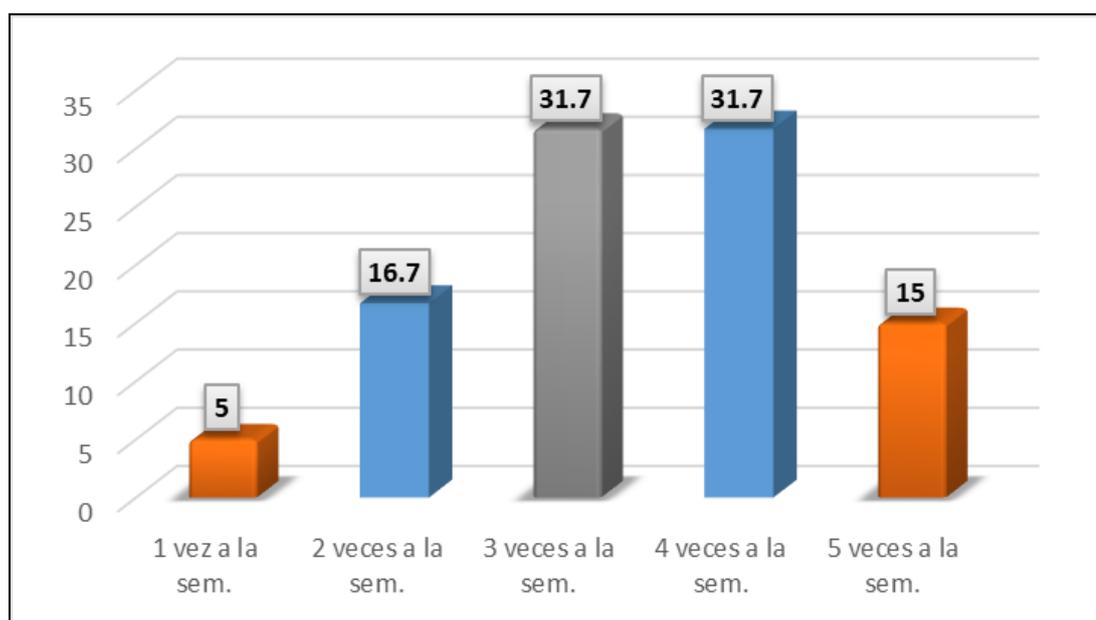
Distribución de los pacientes según frecuencia de hábito de consumo de alcohol

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1 vez a la sem.	3	5,0	5,0
2 veces a la sem.	10	16,7	16,7
3 veces a la sem.	19	31,7	31,7
4 veces a la sem.	19	31,7	31,7
5 veces a la sem.	9	15,0	15,0
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 4

Distribución de los pacientes según frecuencia de hábito de consumo de alcohol



Fuente: Tabla 4.

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico se observa la distribución de los pacientes según Frecuencia de consumo de alcohol, donde el mayor porcentaje de los pacientes presentaron en mayor porcentaje 3 veces a 4 veces por semana en un 31,7%, seguido dos veces por semana en un 16,7%, en menor porcentaje cinco veces por semana 15% y finalmente una vez a la semana con 5%.

Tabla 5

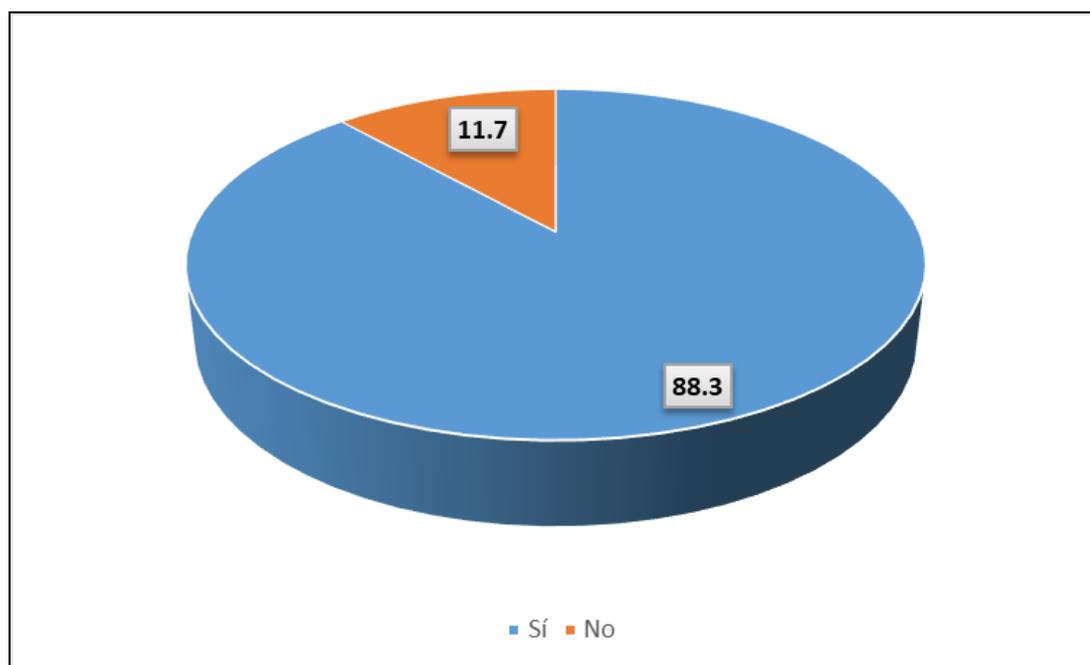
Caries dental en pacientes Con alcoholismo

Caries dental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	53	88,3	88,3
No	7	11,7	11,7
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 5

Caries dental en pacientes con alcoholismo



Fuente: Tabla 5.

Interpretación:

En la tabla y gráfico 5 se muestra la frecuencia de caries dental en pacientes con alcoholismo, donde el mayor porcentaje de los pacientes presentaron lesiones cariosas con un 88,3% y menor porcentaje 11,7% no presentaron caries dental.

Tabla 6

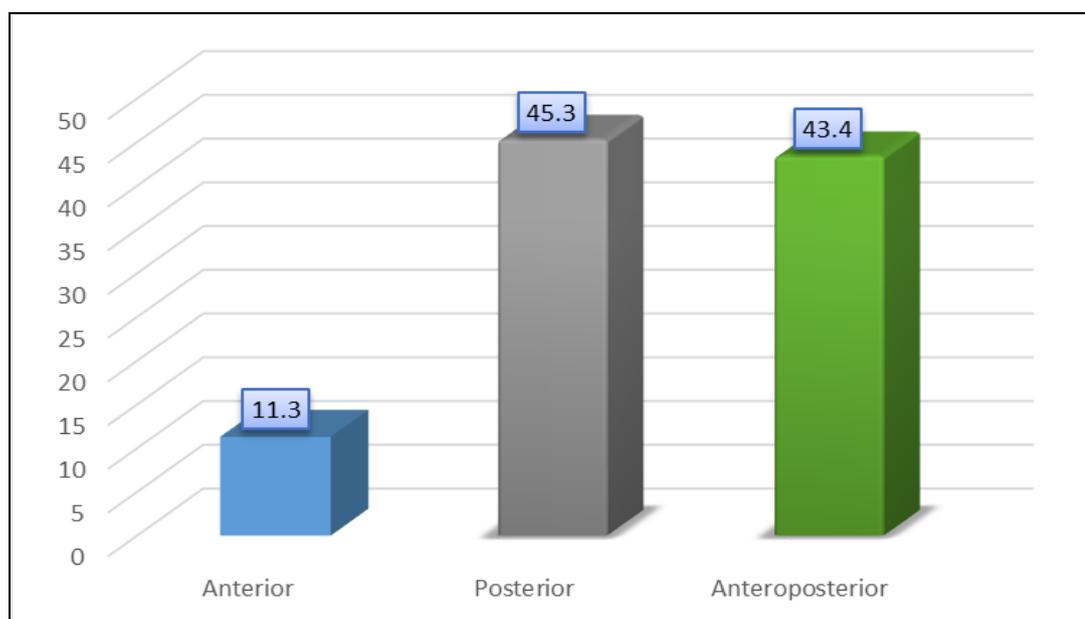
Localización de caries dental en pacientes con alcoholismo

Localización de caries	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Anterior	6	11,3	11,3
Posterior	24	45,3	45,3
Anteroposterior	23	43,4	43,4
Total	53	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 6

Localización con caries dental en pacientes con alcoholismo



Fuente: Tabla 6.

Interpretación:

En la tabla y gráfico 6 se muestra la localización de las caries dental en pacientes con alcoholismo, donde el mayor porcentaje de los pacientes presentaron en zona posterior con un 45,3% seguido de anteroposterior 43,4 y menor porcentaje en anterior 11,3%.

Tabla 7

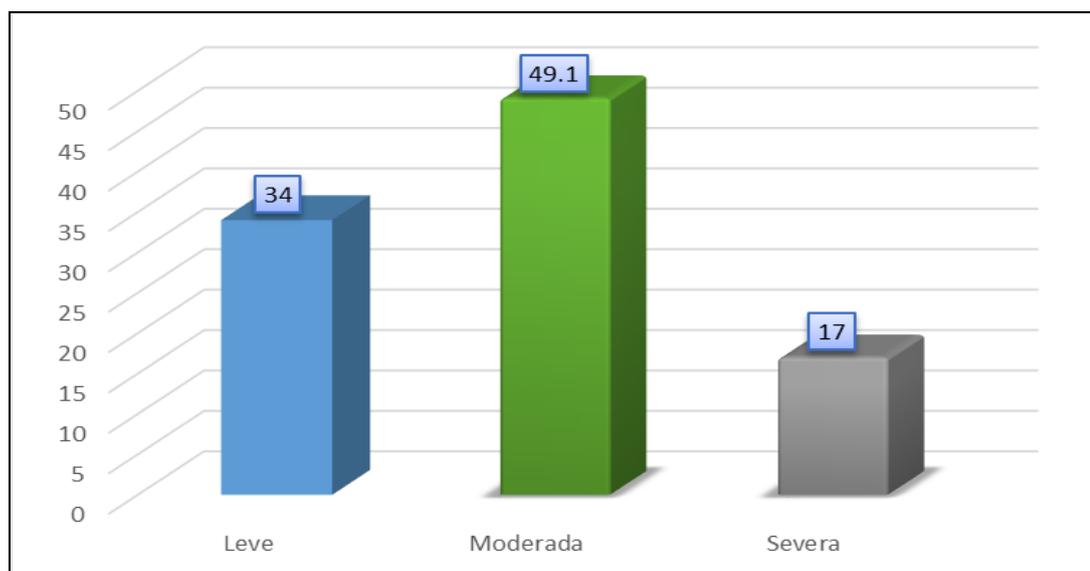
Severidad de caries dental en pacientes con alcoholismo

Severidad de caries dental	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Leve	18	34,0	34,0
Moderada	26	49,1	49,1
Severa	9	17,0	17,0
Total	53	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 7

Severidad de caries dental en pacientes con alcoholismo



Fuente: Tabla 7.

Interpretación:

En la tabla y gráfico 7 se muestra la severidad de caries dental en pacientes con alcoholismo, donde el mayor porcentaje de los pacientes presentaron lesiones cariosas con severidad moderada un 49,1%, seguido severidad de caries leve 34% y menor porcentaje caries severa en un 17%.

Tabla 8

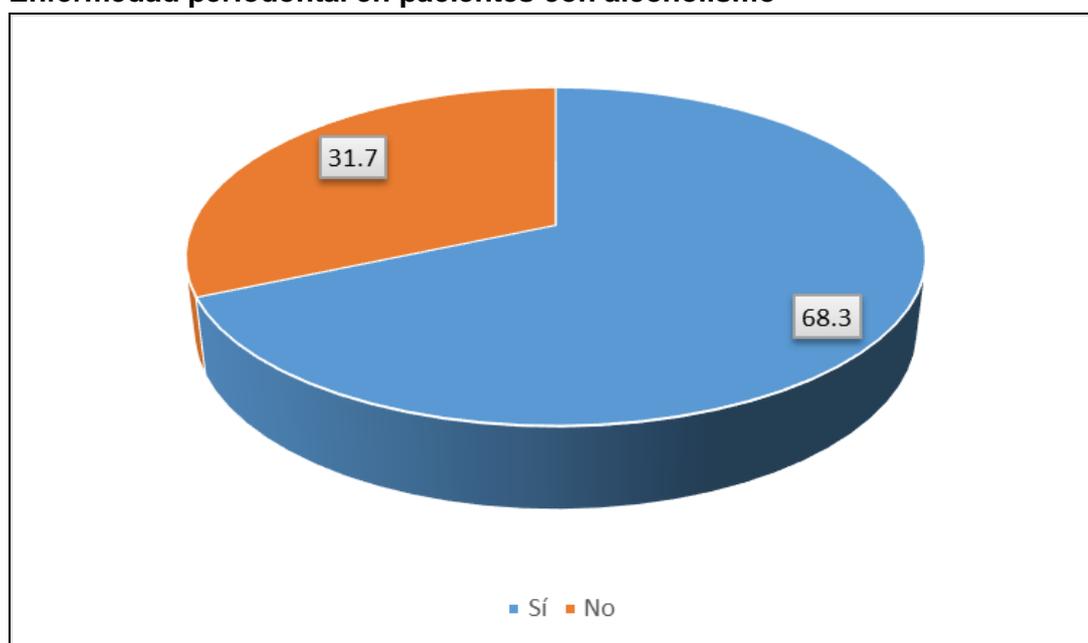
Enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo

Enfermedad periodontal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	41	68,3	68,3
No	19	31,7	31,7
Total	60	100,0	100,0

457853Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 8

Enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo



Fuente: Tabla 8.

Interpretación: En la presente tabla y gráfico se observa la presencia de en enfermedad periodontal, el 68,3% de los pacientes con alcoholismo presentan enfermedad periodontal, mientras que el 31,7% de pacientes no presentaron.

Tabla 9

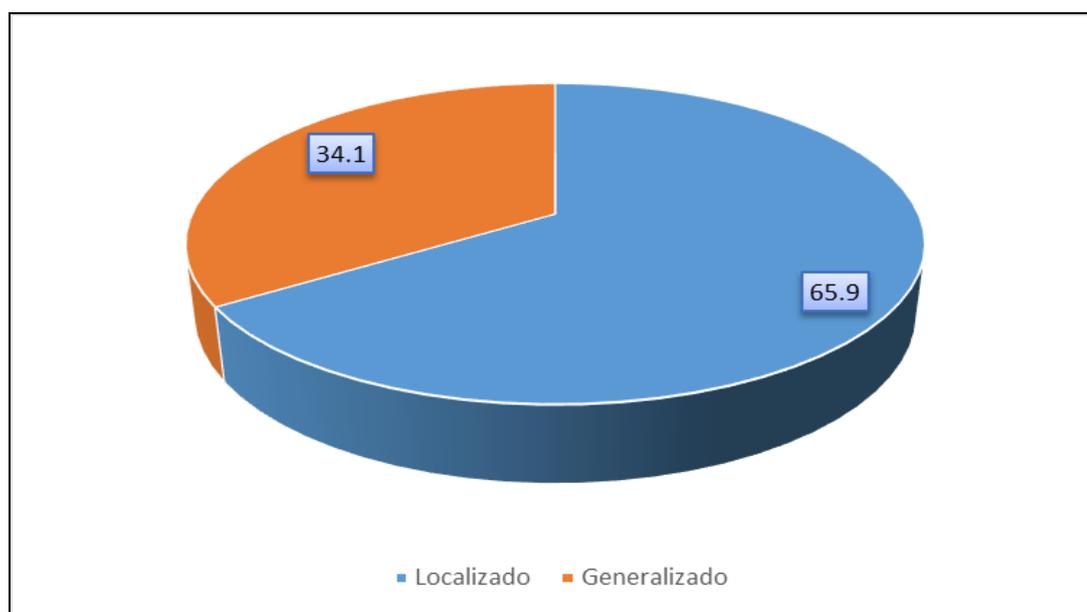
Localización de la enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Localizado	27	65,9	65,9
Generalizado	14	34,1	34,1
Total	41	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 9

Localización de la enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo



Fuente: Tabla 9.

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico se observa la localización de la enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo, siendo que el 65,9% fue enfermedad periodontal localizado y en menor porcentaje se manifestó la enfermedad periodontal en forma generalizada.

Tabla 10

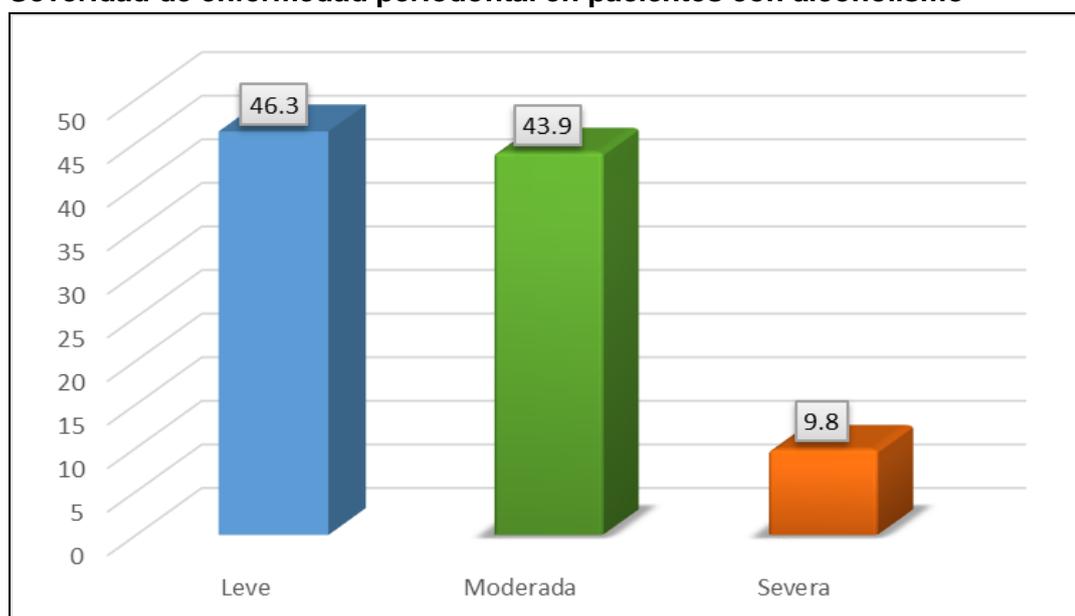
Severidad de enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Leve	19	46,3	46,3
Moderada	18	43,9	43,9
Severa	4	9,8	9,8
Total	41	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 10

Severidad de enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo



Fuente: Tabla 10.

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico se observa la severidad de la enfermedad periodontal en pacientes con alcoholismo, siendo el 46,3% enfermedad periodontal leve, seguido enfermedad periodontal moderada 43,9% y en menor porcentaje enfermedad periodontal severa 9,8%.

Tabla 11

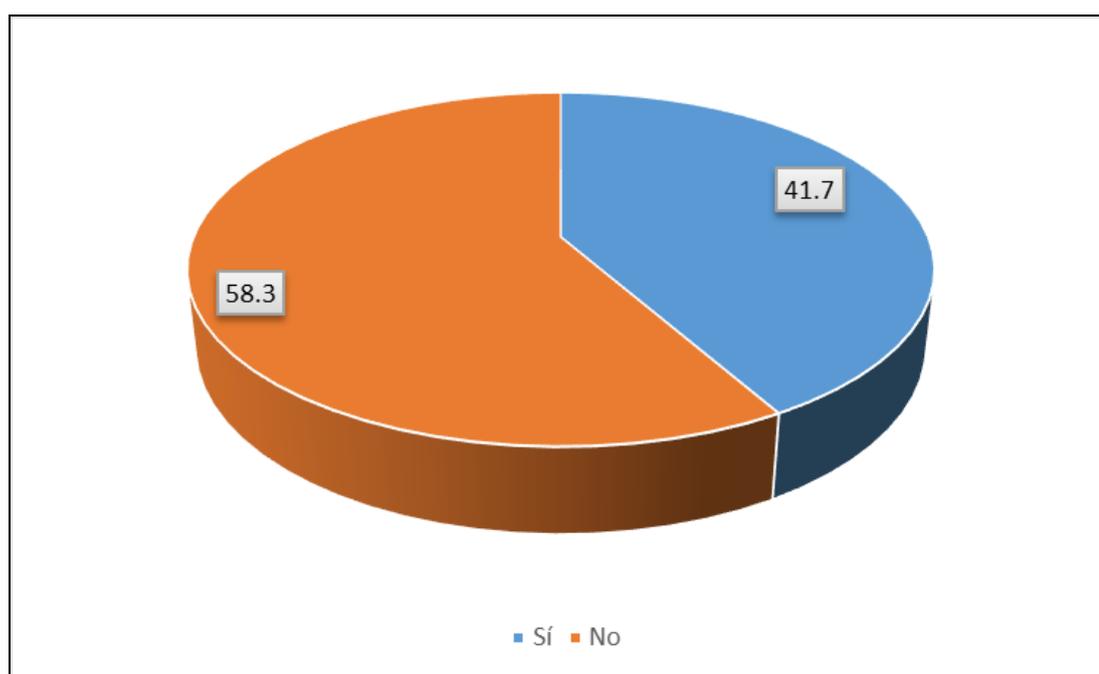
Candidiasis en pacientes con alcoholismo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	25	41,7	41,7
No	35	58,3	58,3
Total	60	100,0	100,0

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Gráfico 11

Candidiasis en pacientes con alcoholismo



Fuente: Tabla 11.

Interpretación:

En la tabla y gráfico 12 se muestra la frecuencia de candidiasis bucal en pacientes con alcoholismo, donde el menor porcentaje de los pacientes presentaron candidiasis con un 41,7% y el 58,3% no presentaron candidiasis.

Tabla 12

pH salival en pacientes con alcoholismo

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Ph	60	5,88	7,11	6,61	0,34
N	60				

Fuente: Unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos Huánuco 2019

Interpretación:

En la tabla y gráfico 14 se muestra el pH de los pacientes con alcoholismo, se presentó una media de $6,61 \pm 0,34$, con un valor mínimo del pH 6,61 y valor máximo 7,11.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1. Contrastación de Resultados

Este estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos del alcoholismo en la salud bucal de los pacientes atendidos en la unidad de servicios de recuperación de alcohólicos anónimos. Se seleccionaron como casos (alcohólicos) los sujetos clasificados como alcohólicos dependientes según los criterios de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5) y sometidos a tratamiento por dependencia del alcohol.

En el estudio se hallan una alta prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes con alcoholismo 68,3%. Amaral et al considera que el consumo de alcohol es un indicador de riesgo para la periodontitis salud periodontal de hombres y mujeres parece verse afectada de manera diferente por el consumo de alcohol. Tezal et al en sus resultados hallados sugieren que el consumo de alcohol se asocia con un incremento moderado de la gravedad de la enfermedad periodontal. Coincide también con lo obtenido por Pryanka mayor prevalencia de enfermedades periodontales. Hach et el consumo temprano de alcohol puede aumentar las probabilidades de tener periodontitis 20 años después.

En el estudio los dependientes del alcohol tenían un mayor riesgo de pérdida de inserción clínica. La pérdida de apego fue significativamente alta entre los dependientes del alcohol en comparación con los sujetos no alcohólicos. Tezal et al., Informaron una relación significativa entre la frecuencia de consumo de alcohol y la pérdida de inserción clínica (CAL).

En el estudio Khocht A et al., Informaron una pérdida avanzada comparable de la unión periodontal clínica (≥ 5 mm) en alcohólicos en comparación con los controles de la comunidad (77). Informaron que el abuso duradero de alcohol, como lo indican los niveles elevados de gamma glutamiltranspeptidasa (GGTP) en la sangre, se asocia significativamente con la pérdida de la unión. Además, una principal pérdida de apego en alcohólicos puede ser el resultado de anomalías en la producción de citocinas. Esta citoquina es tóxica para varias células y puede conducir a la apoptosis y muerte celular (78). El alcohol puede afectar los tejidos periodontales al tener un efecto adverso en la defensa del huésped. Produce defecto del complemento, función defectuosa de los neutrófilos (disminución de la adherencia, motilidad, actividad fagocítica) y aumenta la frecuencia de las infecciones periodontales. El alcohol tiene un efecto tóxico en el hígado. La producción de protrombina, la actividad de la vitamina K y el mecanismo de coagulación pueden verse afectados y puede desarrollar una hemorragia. La inflamación gingival exagerada, la decoloración de color rojo azulado y el sangrado con ligera provocación se observan con frecuencia en alcohólicos.

En el estudio Pryyanka et al encontró una alta predominio de caries dental fue más alta en sujetos dependientes del alcohol con una media de CPOE de 5,92 en comparación con sujetos no alcohólicos (4,51) según et al, en nuestro estudio se encontró alta prevalencia de caries dental 88,3%. Dukic No encontraron diferencias importantes con respecto al CPOD general en alcohólicos en comparación con el grupo de control.

En el estudio los alcohólicos tuvieron una pérdida de dientes permanente tres veces mayor que el promedio nacional para las edades correspondientes, según lo informado por la encuesta de pacientes alcohólicos hospitalizados en Wyoming, Estados Unidos (79). Los alcohólicos y los que abusan de sustancias son conocidos por tener una salud oral deficiente. Los alcohólicos experimentan boca seca por la noche y descuidan la atención médica personal y profesional, y consumen una gran cantidad de carbohidratos refinados que pueden ser la razón probable de la alta experiencia de caries observada entre ellos (80).

En el estudio la saliva y el pH de la placa de sujetos que fueron categorizados como alcohólicos mostraron un pH de placa inferior (6.60 ± 0.26) y pH salival (6.81 ± 0.29) en comparación con los no alcohólicos (placa 6.65 ± 0.28 , pH salival 6.88 ± 0.25) pero la diferencia fue no estadísticamente significativa. Un estudio realizado por Dukic W et al., informó que los valores de pH de la saliva no estimulada y estimulada, y fueron más escasos en el grupo alcohólico. El consumo excesivo crónico de bebidas ácidas como el alcohol puede conducir directamente a la caída del pH, el consumo crónico de alcohol puede tener influencia sobre la disminución del flujo salival. Las diferencias en los valores de pH de la saliva son obviamente causadas por las diferencias en las tasas de flujo, ya que las bajas tasas de flujo resultan en bajos valores de pH.

En el estudio se encontró una media de $6,61 \pm 0,34$ del pH salival de los pacientes con alcoholismo. Priyanka en su estudio concluyó que los sujetos clasificados como sujetos dependientes del alcohol tenían una placa media y un pH salival ligeramente más escasos. Dukic reportó que los valores de pH de la saliva no estimulada y estimulada, fueron más bajos en el grupo alcohólico.

CONCLUSIONES

1. Los efectos del alcoholismo en la salud bucal de los pacientes fue una alta prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal.
2. La prevalencia de caries dental en los pacientes con alcoholismo fue de 88,3%.
3. La prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes con alcoholismo fue de 68,3% con predominio de la severidad moderada.
4. La prevalencia de lesiones de la mucosa oral el 41,7% presentaron candidiasis bucal.
5. La medida del pH salival en los pacientes con alcoholismo fue $6,61 \pm 0,34$.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere realizar estudios similares efectos del alcoholismo en salud bucal con un grupo control y con mayor número de muestra.
2. Se sugiere considerar en sucesivas investigaciones determinar el efecto de otras sustancias tóxicas (marihuana y otros) en la salud bucal.
3. Difundir los resultados del efecto del alcoholismo en la salud bucal a los integrantes de la comunidad odontológica.
4. Considerar dentro de los temas de promoción de la salud el efecto del alcohol en las estructuras de la cavidad bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campisi G, Margiotta V. Lesiones de la mucosa oral y hábitos de riesgo entre hombres en una población de estudio italiana. *J Oral Pathol Med.* 2001; 30 (1): 22-28.
2. Harris C, Warnakulasuriya K, Cooper J, Peters T, Gelbier S. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en consumidores de alcohol en el sur de Londres. *J Oral Pathol Med.* 2004; 33 : 253-59.
3. O'Sullivan E. Prevalencia de anomalías de la mucosa oral en residentes de centros de tratamiento de adicciones en el sur de Irlanda. *Oral Oncol.* 2011; 47: 395-99.
4. Hindle I, Downer MC, Moles DR, Speight PM. ¿El alcohol es responsable de más cáncer intraoral? *Oral Oncol.* 2000; 36 : 328-33.
5. O'Sullivan E. Prevalencia de anomalías de la mucosa oral en residentes de centros de tratamiento de adicciones en el sur de Irlanda. *Oral Oncol.* 2011; 47 : 395-99.
6. Pereira E, Sena EP, Oliveira IR. Farmacologia do álcool etílico. Tratamento farmacológico do alcoolismo. En: Silva P. *Farmacologia.* 6ª ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Enberg N, Wolf J, Ainamo A, Alho H, Heinala P, Lenander M. Enfermedades dentales y pérdida de dientes en un grupo de alcohólicos finlandeses: un estudio radiológico. *Acta Odontol Scand.* 2001; 59 (6): 341-7.
8. Hornecker E, Muuss T, Ehrenreich H, Mausberg RF. Un estudio piloto sobre las condiciones orales de personas severamente adictas al alcohol. *J Contemp Dent Pract.* 2003; 4 (2): 51-9.
9. Novacek G, Plachetzky U, Pötzi R, Lentner S, Slavicek R, Gangl A et al . Enfermedad dental y periodontal en pacientes con cirrosis: función

- de la etiología de la enfermedad hepática. *J Hepatol.* 1995; 22 (5): 576-82.
10. Larato D. Cambios tisulares orales en el alcohólico crónico. *J Periodontol.* 1972; 43 (12): 772-3.
 11. Tezal M, Grossi S, Ho A, Genco R. Consumo de alcohol y enfermedad periodontal. La Tercera Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición. *J Clin Periodontol.* 2004; 31 (7): 484-8.
 12. Tezal M, Grossi S, Ho A, Genco R. El efecto del consumo de alcohol en la enfermedad periodontal. *J Periodontol.* 2001; 72 (2): 183-9.
 13. Novacek G, Plachetzky U, Pötzi R, Lentner S, Slavicek R, Gangl A et al . Enfermedad dental y periodontal en pacientes con cirrosis: función de la etiología de la enfermedad hepática. *J Hepatol.* 1995; 22 (5): 576-82.
 14. Bah SJ, Hoffmann JP, Yang X. Influencias de los padres y los compañeros sobre el riesgo del consumo de drogas entre adolescentes. *J Prim Prev.* 2005; 26 : 529-51.
 15. Hubley AM, Palepu A. Escala de Calidad de Vida del Usuario de Inyección de Salud: Hallazgos de un estudio de validación de contenido. *Health Qual Life Outcomes.* 2007; 5 : 46.
 16. Wijk AJ, Verrips GH, Kieffer JM, Oudejans J, Molendijk G. Calidad de vida relacionada con la salud oral entre los adictos. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2011; 118 (4): 219-21.
 17. Rooban T, Rao A, Joshua E, Ranganthan K. La prevalencia de lesiones de la mucosa oral en consumidores de alcohol en Chennai, sur de la India. *Indian J Dent Res.* 2009; 20 (1): 43-46.
 18. Heegaard K, Avlund K, Holm-Pedersen P, Odont Hvidtfeldt UA, Bardow A, y col. Cantidad y tipo de consumo de alcohol y dientes faltantes entre los adultos mayores que viven en la comunidad:

- hallazgos del estudio superior de salud bucal de Copenhague. J Public Health Dent. 2011; 71 : 318-26.7
19. Hede B. Determinantes de la salud oral en un grupo de alcohólicos daneses. Eur J Oral Sci. 1996; 104 : 403-08.
 20. Dasanayake AP, Warnakulasuriya S, Harris CK, Cooper DJ, Peters TJ. Caries dental en alcohólicos en comparación con alcohólicos y drogadictos. Int J Dent. 2010: 1-6.
 21. Organización Mundial de la Salud. Informe de estado global sobre alcohol y salud. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en
 22. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Patrones de consumo de alcohol entre adultos brasileños. Rev Bras Psiquiat. 2010; 32 : 231-41.
 23. Pires P, Jenkins J. Un análisis de la curva de crecimiento de las influencias conjuntas del afecto parental, las características del niño y los pares desviados sobre el uso de drogas ilícitas en adolescentes. J Youth Adolesc. 2007; 36 (2): 169-83.
 24. Bah SJ, Hoffmann JP, Yang X. Influencias de los padres y los compañeros sobre el riesgo del consumo de drogas entre adolescentes. J Prim Prev. 2005; 26: 529-51.
 25. Gupta T, Shah N, Mathur VP, Dhawan A. Estado de salud oral de un grupo de consumidores de drogas ilícitas en Delhi, India. Community Dent Health. 2012; 29 (1): 49-54.
 26. Gelbier S, Harris C. Oral y salud dental en el mal uso del alcohol. Adicción Biol. 1996;1: 165-9.
 27. Priyanka K, Sudhir KM, Reddy VCS, Kumar RK, Srinivasulu G. Impacto de la dependencia del alcohol en la salud oral: un estudio comparativo transversal. J Clin Diagn Res. 2017;11 (6): 43-46

28. Hach M, Holm-Pedersen P, Adegboye AR, Avlund K. El efecto del consumo de alcohol en la periodontitis en los daneses mayores. Int J Dent Hyg. 2015 Nov; 13 (4): 261-7.
29. Susin C, Wagner MC, Haas AN, Oppermann RV, Albandar JM. La asociación entre el consumo de alcohol y la periodontitis en adultos del sur de Brasil. J Periodontal Res. 2015 oct; 50 (5): 622-8
30. Dukić W, Dobrijević TT, Katunarić M, Lesic S. La prevalencia de caries en alcohólicos crónicos y la relación con el flujo salival y el pH. Cent Eur J Public Health. 2013 Mar; 21 (1): 43-7.
31. Heegaard K¹, Avlund K, Holm-Pedersen P, Hvidtfeldt UA, Bardow A, Grønbæk M. Cantidad y tipo de consumo de alcohol y dientes faltantes entre los adultos mayores que viven en la comunidad: hallazgos del estudio Copenhagen Oral Health Senior. J Public Health Dent. 2011 Fall; 71 (4): 318-26.
32. Amaral Cda S, Vettore MV, Leão A. La relación de la dependencia del alcohol y el consumo de alcohol con la periodontitis: una revisión sistemática. J Dent. 2009 Sep; 37 (9): 643-51.
33. Kongstad J, Hvidtfeldt UA, Grønbæk M, Jontell M, Stoltze K, Holmstrup P. Cantidad y tipo de alcohol y periodontitis en el Copenhagen City Heart Study. J Clin Periodontol. 2008 Dec; 35 (12): 1032-9.
34. Shimazaki Y, Saito T, Kiyohara Y, Kato I, Kubo M, Iida M, Yamashita Y. Relación entre beber y periodontitis: el estudio de Hisayama. J Periodontol. 2005 Sep; 76 (9): 1534-41.
35. Tezal M, Grossi SG, Ho AW, Genco RJ. El efecto del consumo de alcohol en la enfermedad periodontal. J Periodontol. 2001 Feb; 72 (2): 183-9.
36. Carranza. Periodontología Clínica 3 ed. España; Amolca: 2014.
37. Bascones A. Periodoncia clinica e implantologia oral. Lexus; 2014

38. Lindhe, J., Lang, N., & Karring, T. *Peridontología Clínica e Implantología Odontológica*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana. 2011
39. Méndez, O. *Semiología estomatológica de colectividades*. Guatemala: DIGI, USAC. 199; 111(89): 1-101.
40. LEWIS D. *Bases Biológicas de la Caries Dental*. España; Editorial Salvat 1999.
41. KNUSTON W. An Index of the prevalence of dental caries in school children . *Public Health Rep* 1994: 253-263,.
42. CACERES LOAYZA, Walter Perfil de proyecto de prevención y tratamiento de caries dental en estudiantes del Centro Educativo Libertad de América Quinoa, en el Dpto. de Ayacucho en el año 2003.
43. Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J*. 2002; 78:455–9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1742467/?tool=pubmed>. Citado en PMID: PMC1742467.
44. Rossie K, Guggenheimer J. Oral candidiasis: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. *Pract Periodont Aesthet Dent*. 1997; 9:635–41.
45. Buck R., Rondinini S., Covington A.K. The measurement of the pH-Definition, Standars and Procedures. Report of the working party on pH. IUPAC: July, 2001.
46. Barron R, Carmichael R, Marcon M, Sàndor G. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(2):84–9
47. Dawes Colin. What is the critical pH and why does a tooth dissolve in acid? *J Can Dent Assoc* 2003; 69(11):722–4.
48. NARCÓTICOS ANÓNIMOS. *Guía para trabajar los pasos de Alcohólicos Anónimos*. Washington, edit. Word Servicie, 1995.

49. HARDIMAN, Michael. Cómo entender las adicciones. San Pablo, 2000.
50. ESCOBAR, Raúl. El crimen de la droga. Buenos Aires, edit. universidad, 1992.
51. Navarro, C. Cirugía Oral. España: Editorial Aran. 2008
52. Vélez, H. Rojas, W. Borrero, J & Restrepo, J. (). Fundamentos de medicina: Psiquiatría, 4 Ed. Editorial CIB, Medellín, Colombia. 2004.
53. World Health Organization. Oral health surveys. Basic Methods. 3rd. Geneve, Suiza, WHO. 1987
54. Carranza, F. Periodontología Clínica. México: Editorial Elsevier. 2010
55. Sapp J, Eversole L, Wysocki, G. Patología.
56. Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK, Pindborg JJ, Bhonsle RB, Jalnawalla PN, et al. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-year follow-up study of Indian villagers. Community dentistry and oral epidemiology. 1980;8(6):283-333.
57. Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. J Oral Pathol Med. 2008 Jan;37(1):1-10.
58. Gupta PC, Mehta F, Daftary D, Pindborg J, Bhonsle R, Jalnawalla P. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-year follow-up study of Indian villagers. Community dentistry and oral epidemiology. 1980;8(6):283-333.
59. Bagan JV SC. Cáncer oral: epidemiología y prevención. In: Cuenca E BP, ed. Odontología Preventiva y Comunitaria. Barcelona: Masson. 2005:195-210.
60. RAJENDRAN R. Oral submucous fibrosis: etiology, pathogenesis, and future research. WHO Bulletin OMS. 72 1994

61. SIDDHARTH P., SUSMITA S. Oral submucous fibrosis a disease with malignant potential - Report of two Cases. J Clin Exp Dent. Journal section: Oral Medicine and Pathology 2010;2(4): e215-8
62. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia: WB Saunders Company; 1995.
63. REICHART PA, PHILIPSEN HP. Oral erythroplakia - a review. Oral Oncology 2005; 41: 551-561. 69
64. Paller AS, Leffell D, Wolff K Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.. 8a ed. San Francisco: McGraw-Gill Medical; 2012. p. 1261-1283.

ANEXOS

ANEXO 02
INSTRUMENTOS



FICHA DE OBSERVACIÓN

**“EFECTOS DEL ALCOHOLISMO EN LA SALUD BUCAL DE LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE
RECUPERACIÓN DE ALCOHÓLICOS ANONIMOS HUÁNUCO 2019”**

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Sexo: M F

Edad: _____

Procedencia

Urbano

Rural

Urbano - marginal

Estado civil

Soltero

Casado

Conviviente

Viudo

¿Actualmente se encuentra trabajando?

SI NO

Consumo de Alcohol

SI NO

Tiempo del hábito

1 año

5 años

10 años

15 años

Frecuencia del hábito

1 vez a la sem.

2 veces a la sem.

3 veces a la sem.

4 veces a la sem.

5 veces a la sem

CARACTERISTICAS CLÍNICAS

Caries dental:

Sí No

Sector

Anterior Posterior Antero posterior

Severidad de la caries:

Leve Severa

Moderado

Enfermedad Periodontal:

Sí No

Sector

Localizado Generalizado

Severidad de la Enfermedad Periodontal:

Leve Moderado Severa

PH Salival:

candidiasis:

DIAGNOSTICO

Lesiones orales	Presencia (Si)	Ausencia (No)
Candidiasis		
Otros		



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“EFECTOS DEL ALCOHOLISMO EN LA SALUD BUCAL DE LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE
RECUPERACIÓN DE ALCOHÓLICOS ANONIMOS HUÁNUCO 2019”**

Yo:.....con
DNI:.....; doy constancia de haber sido informado(a) y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la obtención de más conocimiento en el área de Odontología. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto ser examinado por el responsable del trabajo.

Nombre del paciente

DNI

Bachiller

DNI.....

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Mardonio Apac Palomino
 Institución donde labora: U.A.H
 Instrumento motivo de evaluación: Ficha de observación
 Autor del Instrumento: Mylene Trujillo Huete.
 Aspecto de validación: CONTENIDOS

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP																			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																				
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguajes apropiado																			X																					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																			X																					
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y tecnología																				X																				
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																				X																				
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																			X																					
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																				X																				
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos científicos																			X																					
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los items																				X																				
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																				X																				
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																				X																				
TOTAL																																									93%

Opinión de Aplicabilidad:

FAVORABLE PARA SU APLICACION

Promedio de Valoración: 93%

Fecha: 23-05-19

Grado académico	<u>Magister.</u>
Mención	<u>Ciencias de la Salud</u>
DNI	<u>22400638</u>

Firma del Experto

Mg. Mardonio Apac Palomino
 CIRUJANO DENTISTA
 C.O.L. 1330

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del experto: Saldi Castro Martinez
 Institución donde labora: UDH
 Instrumento motivo de evaluación: Ficha de observacion
 Autor del Instrumento: Mylene Trujillo Huete
 Aspecto de validación: Contenidos

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				TP																			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100																				
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguajes apropiado																		X																						
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables																			X																					
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y tecnología																			X																					
4. ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica																		X																						
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																		X																						
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																			X																					
7. CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teóricos científicos																		X																						
8. COHERENCIA	Entre las variables indicadores y los items																		X																						
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al proposito de la investigación.																		X																						
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable																		X																						
TOTAL																																									93

Opinión de Aplicabilidad:

Favorable para su aplicación

Promedio de Valoración: 93 %

Fecha: 24-05-19

Grado académico	<u>Especialista en</u>
Mención	<u>Radiología oral y Maxilofacial</u>
DNI	<u>22 475403 -</u>


Esp. Saldi Castro Martinez
 RADIOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL
 RNE 1457

Firma del Experto

ANEXO 05

UNIDAD DE SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS HUANUCO 2019



llenado de la ficha de observación de los pacientes con alcoholismo



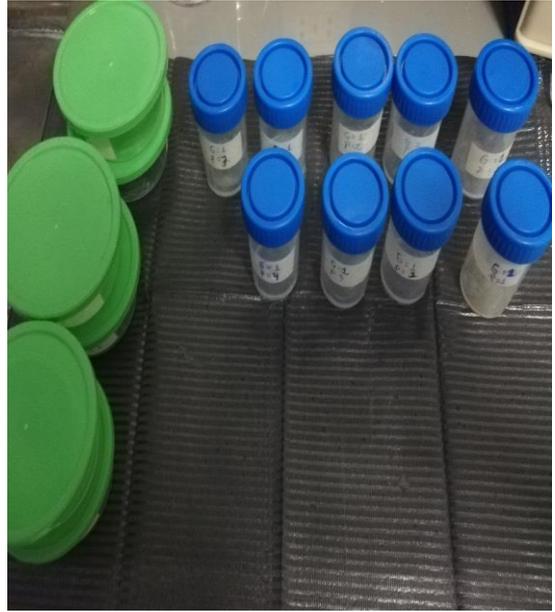
Examen oral de los pacientes con alcoholismo



Recolección de la saliva de los pacientes con alcoholismo



Determinación del pH salival de los pacientes alcohólicos



kt

