

Intervención comunitaria intersectorial en adultos para disminuir el tabaquismo y las periodontopatías. Boquerón, Monagas, Venezuela. 2009

Intersectorial communitarian intervention in adults to decrease smoking and periodontal diseases. Boquerón, Monagas, Venezuela. 2009

Dr. Eladio Miguel Traviesas Herrera, Dra. Oneida Echarry Cano, Dra. Diana Rosa Morales Aguiar, Dra. Zaida Teresa Ilizástigui Ortueta, Dra. Judy Rodríguez Ortega

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: En la actualidad se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades periodontales. Dentro de estos se reconoce la microbiota del surco gingival, la diabetes mellitus, el estrés, los factores genéticos, los agentes virales y el tabaquismo, este último es capaz de perpetuar o agravar la enfermedad periodontal, por lo que es necesario desarrollar una intervención comunitaria con carácter intersectorial, donde se desarrollen una serie de actividades con participación masiva de la población.

Objetivo: Desarrollar una estrategia de intervención para disminuir el tabaquismo y la enfermedad periodontal, en Maturín, Monagas, Venezuela, 2009.

Métodos: Se realizó un estudio experimental de intervención comunitaria. El universo de esta investigación lo constituyeron 279 personas fumadoras que poseían 19 o más años de edad, que acudieron en el período de septiembre 2008-marzo 2009 al servicio de Estomatología. La muestra lo formaron 159 pacientes fumadores.

Resultados: Toda la población estaba afectada con predominio de la gingivitis

crónica; la intensidad del tabaquismo que con mayor frecuencia se encontró fue el severo, representado en un 61,1 %. Después de la intervención y la actividad curativa realizada, el 5,33 % de la población alcanzó la condición de sano, mejorando así la situación periodontal con una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones. La situación periodontal mejoró y se apreció una disminución del número de cigarrillos fumados después de la intervención, además una disminución considerable en el número de fumadores, por lo que se considera efectiva la misma.

Palabras clave: enfermedad periodontal, intervención, intersectorial en salud, tabaquismo, trabajo.

ABSTRACT

Introduction: Currently, several risk factors for the periodontal diseases have been identified, and among we can list the gingival sulcus microbiota, the diabetes mellitus, the stress, the genetic factors, the viral agents and smoking. The last one is able of perpetuating or worsening the periodontal disease, so it is necessary to develop a communitarian intervention with an intersectorial character, where several activities will be developed with the massive participation of the population.

Objective: Developing an interventional strategy to decrease smoking and periodontal diseases, in Maturín, Monagas, Venezuela, during 2009.

Methods: We carried out an experimental study of communitarian intervention. The universe of this research was formed by 279 smoking persons who were 19 years old or more and assisted the stomatological service in the period from September 2008 to March 2009. The sample was formed by 159 smoking patients.

Results: All the population was affected with a predominance of the chronic gingivitis; the severe intensity of smoking was the one more frequently found, representing 61,1 %. After the intervention and the healing activity developed, 5,33 % of the population achieved the condition of healthy, improving the periodontal situation, with a significant statistic association.

Conclusions: The periodontal situation improved and we appreciated a reduction of the numbers of smoked cigarettes after the intervention, besides a considerable decrease in the smokers quantity, so it is considered effective.

Key words: intervention, intersectorial work in health, periodontal disease, smoking.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano, y para la mayoría de los estudiosos del tema coinciden en ubicarla como el segundo problema de salud bucal que en la actualidad afecta a los seres humanos. La gingivitis afecta aproximadamente al 80 % de los niños de edad escolar, y más del 70 % de la población adulta ha padecido de alguna manifestación inflamatoria en sus encías.⁽¹⁾

La prevalencia y gravedad de las periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales, y particularmente de la situación de higiene bucal individual. Los primeros signos de periodontopatías suelen ser evidentes después del segundo decenio de la vida y es común observar destrucciones considerables después de los 40 años.

En la actualidad se han identificado numerosos factores de riesgo para las enfermedades gingivales y periodontales, dentro de estos se reconoce la microbiota del surco gingival, el tabaquismo, la diabetes mellitus, el estrés, los factores genéticos y el papel de los agentes virales. La microbiota del surco gingival está fuertemente relacionadas con el origen y ulterior desarrollo de los procesos inmunoinflamatorios crónicos periodontales.

La respuesta de los tejidos periodontales tiene dos vertientes: una defensiva y otra destructiva. La defensiva neutraliza específicamente los inmunógenos de los microorganismos del surco gingival, además de activar el sistema inmunoinflamatorio como la fagocitosis y el sistema de complemento. La vertiente destructiva, activa mecanismos enzimáticos que degradan la sustancia fundamental del tejido conectivo.

La pérdida del hueso alveolar, característica de la periodontitis, es un complejo proceso que constituye el elemento trascendental de la enfermedad periodontal, por ser la causa fundamental de la pérdida del diente. El hueso alveolar está en constante remodelación en función de las cargas que recibe por la oclusión y la masticación. La remodelación tiene una fase de reabsorción y otra de aposición para ir adecuando las estructuras de soporte a las situaciones cambiantes generadas por las fuerzas oclusales. La asociación de determinados factores de riesgo puede producir desequilibrio en el sistema a favor de la fase destructiva o de reabsorción. En ese proceso aparecen sustancias activadoras de los osteoclastos (células destructoras de hueso) como las prostaglandinas E₂, la interleuquina I B, entre otras, que están en el entorno como parte de la respuesta inmunoinflamatoria.^(1,2) La gravedad de las periodontopatías tienden a aumentar en el curso de su evolución, y en ausencia de tratamiento progresa y destruye los tejidos periodontales, ocasionando importantes mutilaciones de las arcadas dentales, repercutiendo en la salud de las poblaciones y en su calidad de vida.

El tabaquismo es un factor independiente y directo que acelera la pérdida ósea alrededor de los dientes por cuatro mecanismos:

-La nicotina produce una vasoconstricción de la microcirculación gingival, y como consecuencia se reduce el aporte de oxígeno, de células y de sustancias quimiotácticas en relación con la respuesta inflamatoria gingival.

-El humo del tabaco provoca una disminución de la inmunidad celular y humoral, en particular de la actividad quimiotáctica y fagocitaria de los leucocitos.

-El humo del tabaco debilita el potencial de óxido reducción del ecosistema bucal favoreciendo la proliferación de las bacterias de la placa bacteriana y de la microbiota subgingival.

-La nicotina es el origen de problemas en el metabolismo de la síntesis del colágeno, de la secreción proteica y de la reproducción de los fibroblastos.

Los adolescentes fumadores están expuestos a un riesgo, tres veces superior a lo normal, de desarrollar una enfermedad periodontal al alcanzar la edad adulta. Varias investigaciones han relacionado el hábito de fumar con una mayor probabilidad de desarrollar periodontitis, así como menor respuesta terapéutica a las intervenciones empleadas en su tratamiento. Además, el cigarrillo parece aumentar la pérdida de fijación de los dientes y promueve la osteoporosis del hueso alveolar que soporta la raíz dental.^(3,5)

Otro elemento asociado al tabaquismo es que se ha comprobado que el cadmio se deposita sobre los dientes, y las resinas manchan estas estructuras y resulta un elemento preocupante en los fumadores.⁽⁶⁾

Los autores consideran que el tabaquismo es un factor de riesgo capaz de perpetuar o agravar la enfermedad periodontal, es por esto que los profesionales de la salud pueden desempeñar un gran papel con el fin de disminuir la adquisición del hábito y promover su abandono mediante consejos que manifiesten los riesgos asociados a su consumo. Estos riesgos proporcionan una base para realizar una prevención del tabaquismo, así como desarrollar programas antitabaco. Para luchar contra la epidemia del tabaquismo, es necesario desarrollar una intervención comunitaria con carácter intersectorial donde se desarrolle de forma estratégica una serie de actividades con participación masiva de la población, y se proporcione el impulso y apoyo necesario que requiere un programa completo de lucha contra el tabaquismo.⁽⁷⁾

En el área geográfica donde se desarrolla la investigación no se habían realizado intervenciones comunitarias con anterioridad, de ahí la dimensión de la realización de dicho estudio y la repercusión de la misma en el estado de salud y cambio de estilos de vida inadecuados en los pobladores. Por lo que los autores se propusieron aplicar una estrategia de intervención para disminuir el tabaquismo y la enfermedad periodontal, en el sector Menca, Parroquia Boquerón, Maturín, Monagas Venezuela, en el 2009.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio experimental de intervención comunitaria que constó de dos fases: una fase diagnóstica donde se determinó el estado periodontal en los fumadores, y una segunda fase de intervención propiamente dicha, donde se aplicó la misma y se evaluó su efectividad. La investigación se ejecutó en el sector Menca, del área de salud integral de Boquerón, municipio Maturín, del estado Monagas, en el período comprendido entre septiembre de 2008 y marzo de 2009.

El universo de esta investigación lo constituyeron 279 personas fumadoras que poseían 19 o más años de edad que acudieron al servicio de Estomatología en el período antes señalado. La muestra se obtuvo por muestreo simple aleatorio, quedando el tamaño muestral en 159, los integrantes de la muestra cumplieron los siguientes criterios de inclusión: poseer al menos 6 dientes naturales, que no padecieran discapacidad física o mental y manifestasen estar dispuestos a ser investigados. Se cumplieron los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas en la actualidad como beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Se utilizó las pruebas estadísticas Mc Nemar y Stuart Maxwell que permitieron identificar las diferencias significativas producidas por la intervención. También se utilizó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman para evaluar asociación entre dos variables cualitativas ordinales. Este test no asume normalidad bivariada proveniente de los datos.

A cada una de las personas que formaron parte de la muestra se les realizó el examen físico intrabucal y una entrevista de recolección de datos. Se les brindó asistencia estomatológica según el motivo de consulta. A todos los pacientes que formaron parte del estudio se les realizó el tratamiento inicial del paciente enfermo periodontal y la terapia correctiva posible en cada caso en cuestión.

Para el examen bucal se necesitó de una buena iluminación natural o artificial, espejo bucal plano, explorador número 5 y pinza de algodón. A todos los pacientes se le aplicó el Índice de Enfermedad Periodontal, forma revisada según criterio de Russell para determinar la presencia o no de enfermedad periodontal. Fueron clasificados con el criterio 0 los pacientes sanos; con el 1, los portadores de gingivitis leve; con el 2, los que poseían una gingivitis donde se apreciaba las características morfológicas bien establecidas; los criterios 6 y 8 para los portadores de periodontitis: el 6 cuando no existía pérdida de la función masticatoria y 8 cuando esta aparecía como lo señala el índice utilizado; los criterios 3, 4 y 5 no se tienen en cuenta, ya que son criterios radiográficos.⁽⁸⁾ El índice aplicado al inicio de la investigación fue evaluado al concluir la misma, con el objetivo de determinar si existió una transición epidemiológica en los pacientes después de la intervención. Los autores consideran que al actuar sobre el tabaquismo y con la terapia específica de la enfermedad periodontal, la intervención puede lograr el objetivo propuesto, que no es más que disminuir el tabaquismo y la enfermedad periodontal en la población estudiada.

La variable intensidad del tabaquismo fue operacionalizada siguiendo criterios de expertos, como tabaquismo leve hasta 5 cigarrillos, de 6 a 10 moderado, y más de 10 se considera intenso tabaquismo. La estrategia se basó en actividades de educación para la salud realizadas en varios escenarios como los consultorios médicos populares, en las sedes de las misiones y en áreas escolares, con una periodicidad semanal y con la utilización de medios activos de enseñanza, con el objetivo de que la población adquiriese los conocimientos necesarios sobre el tabaquismo y su repercusión en el estado de salud, tanto general como bucal. Las actividades educativas realizadas fueron seis, consistentes en charlas educativas de temas afines al tabaquismo. Después de la charla se realizó una discusión grupal y se presentaba una presentación en *power point* que resumía todo el arsenal teórico de la actividad. Una de las actividades tenía como objetivo la evaluación de los métodos de desarraigo; en ella se realizó un sociodrama y existió una participación activa de la comunidad. Para evaluar el abandono, se chequearon a los pacientes trimestralmente y al año, considerándose el abandono al año de concluida la intervención educativa.

En la realización de la intervención confluyeron sectores que promovieron el desarrollo de la intervención como lo fueron: consejos comunales con todos los defensores de salud del área, PDVSA del oriente, las misiones sociales, y la radio

comunitaria, la cual brindó un espacio semanal de una hora para el abordaje del tema en cuestión. A lo largo de la intervención resultó significativo el apoyo brindado por instituciones como las casa de atención a la mujer, la red social de salud y los odontólogos venezolanos que se incorporaron al proyecto y desplegaron un gran accionar comunitario, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos. Asimismo, los puntos de vacunación y consultorios médicos populares constituyeron un espacio efectivo para la realización del proyecto. Las actividades educativas realizadas tuvieron un carácter continuo a lo largo de todo el período de la investigación, donde los fumadores que abandonaron el hábito a lo largo de este tiempo se brindaron como promotores de salud comunitario y contribuyeron de forma continua a que fueran cada día más los que se incorporaran al grupo de los no fumadores. Fue muy alentador encontrar dentro de la comunidad domicilios libres de humo, motivo este de reconocimiento social dentro de la parroquia, tanto por la red social de salud como las instituciones educacionales existentes. Los temas analizados en los debates fueron: el papel de la higiene bucal y el tabaquismo en el desarrollo de enfermedades en la encía, efectos del tabaquismo en otros órganos y sistemas del organismo, elementos para el desarraigo del hábito, procedimientos para mantener una buena higiene bucal y elementos necesarios para la prevención de las enfermedades periodontales inmunoinflamatorias, todo esto fue con una periodicidad semanal durante una hora.

RESULTADOS

La tabla 1 registra la situación periodontal para los fumadores y muestra que el 19,5 % de los fumadores presentaron gingivitis, y ningún fumador se encontraba sano. Más de la mitad de los fumadores (57,23 %) tenían una gingivitis establecida; la periodontitis fue hallada en el 21,38 % de los examinados. Al aplicar el test de Spearman, no se evidencia asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas.

Tabla 1. Situación periodontal de los fumadores según grupos de edades

Grupo de edades	Gingivitis		Gingivitis establecida		Periodontitis		Pérdida de la función masticatoria	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
19-34	8	5,03	36	22,64	10	6,29	0	0,00
35-59	21	13,21	44	27,67	17	10,69	1	0,63
60 y más	2	1,26	11	6,92	7	4,40	2	1,26
Total	31	19,50	91	57,23	34	21,38	3	1,89

Test correlación Spearman (H0: variables son independientes; H1: las variables no son independientes)

T= 0.08641 p= 0.2788 (doble cola)

Fuente: formulario.

La situación periodontal en los fumadores, según la intensidad del tabaquismo, es representada en la tabla 2, donde se evidencia que la condición predominante de la

situación periodontal es la gingivitis establecida, y que todos los pacientes tenían alguna manifestación de enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica en sus tejidos periodontales, y existe una correspondencia entre los pacientes con pérdida de la función masticatoria con el tabaquismo severo.

Tabla 2. Situación periodontal de fumadores según la intensidad del tabaquismo antes de la intervención

Intensidad	Total	Sanos		Gingivitis		Gingivitis establecida		Periodontitis		Pérdida de la función masticatoria	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Leve	10 (6,29)	0	0,00	0	0,00	8	5,03	2	1,26	0	0,00
Moderado	52 (32,7)	0	0,00	11	6,92	33	20,75	8	5,03	0	0,00
Severo	97 (61,01)	0	0,00	20	12,58	50	31,45	24	15,09	3	1,89

Al realizar el análisis de la situación periodontal de los fumadores después de realizada la intervención, es importante reconocer que existió un cambio considerable en la categoría de intensidad del tabaquismo, ya que el 62,67 % de los fumadores, después de la intervención educativa practicada, realizaban un tabaquismo leve y solo 10 pacientes continuaban con un tabaquismo intenso. (tabla 3)

Tabla 3. Situación periodontal de fumadores según la intensidad del tabaquismo después de la intervención

Intensidad	Total (%)	Sanos		Gingivitis		Gingivitis establecida		Periodontitis		Pérdida de la función masticatoria	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Leve	47(62,67)	2	2,67	29	38,67	1	1,33	15	20,00	0	0,00
Moderado	18(24)	0	0,00	9	12,00	1	1,33	8	10,67	0	0,00
Severo	10(13,33)	2	2,67	4	5,33	0	0,00	4	5,33	0	0,00

Fuente: formulario.

En la tabla 4 se observa la disminución considerable de fumadores después de la intervención, así como la intensidad de la misma en los que todavía practican el tabaquismo. El test de McNemar aplicado, resultó significativo, lo que proporciona suficiente evidencia para afirmar que gracias a la labor educativa disminuyó la intensidad del tabaquismo en los pacientes fumadores, y más de la mitad de ellos (84) dejaron de fumar.

Tabla 4. Práctica del tabaquismo antes y después de la intervención

Momento de la intervención	Fumadores (%)	Leve		Moderado		Severo	
		No.	%	No.	%	No.	%
Antes	159 (67,95)	10	4,27	52	22,22	97	41,45
Después	75(32,05)	47	20,09	18	7,69	10	4,27

p=0,0000

Fuente: formulario.

DISCUSIÓN

En la tabla 1 no hubo asociación significativa entre grupos de edad y estado periodontal en fumadores, aunque es necesario señalar que en los fumadores los hallazgos de periodontitis fueron muy superiores, registrándose un total de 37 pacientes aquejados por esta afección, y encontrando en este grupo a 3 personas con avance de la afección, manifestado por el criterio 8 del índice aplicado. Resultados similares se encontraron en estudios realizados,^(9,10) donde las personas fumadoras manifestaban diversas formas de periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas. En los estudios antes referidos la gingivitis crónica en su forma ya establecida fue la forma predominante encontrada en la población estudiada.

El comportamiento que se registra en la tabla 2 pudiera obedecer al efecto acumulativo de esta práctica sobre los tejidos periodontales, además de la reconocida tendencia que tienen los grandes fumadores a la aparición de periodontitis, ya que la encía recibe un menor aporte sanguíneo y de oxígeno a la vez que disminuyen sus mecanismos defensivos contra las bacterias del surco.⁽¹¹⁾

El hecho de disminuir la intensidad del tabaquismo observada en la tabla 3 trajo consigo que la situación periodontal de los fumadores fuera mejor después de realizada la intervención. En la tabla se observa que llegaron cuatro pacientes a la condición 0, que se corresponde con la condición de sano y se incorporaron muchos pacientes a la condición de gingivitis, y por tanto, menor cantidad de pacientes portadores de periodontitis. En el estudio de Gavilla⁽¹²⁾ se observa de igual forma que la intervención en salud contra el tabaquismo rinde frutos favorables en el estado de salud de los individuos a los cuales se les realiza la misma.

La efectividad de la intervención comunitaria realizada puede ser evaluada como positiva después de observar los resultados de la tabla 3, y se reafirma cuando se observa los resultados de la tabla 4, donde se muestra la disminución considerable de los fumadores: de un total de 159 al inicio del estudio, solo quedaban 75 después de realizar la intervención, lo que habla a favor del trabajo desplegado para el logro del objetivo propuesto. La prueba estadística avala el comentario antes señalado. Resultados similares en cuanto a la efectividad de la intervención fueron los registrados por Berdasquera⁽¹³⁾ en su estudio en trabajadores de la salud. La intervención demuestra que el trabajo con más de un sector de la sociedad para actuar en un área de interés común, incluyendo tanto a sectores gubernamentales como salud, educación, ambiente y justicia y una relación bien

definida y mutuamente beneficiosa entre dos o más sectores para actuar sobre un aspecto y lograr resultados de salud de una manera más efectiva, eficiente y sostenible de lo que podría lograr uno de esos sectores de manera individual resultó decisivo en los logros que se exhiben en esta investigación.⁽¹⁴⁻¹⁷⁾

Se puede concluir que la situación periodontal, así como la intensidad del tabaquismo, mejoró después de la intervención practicada, y se apreció una disminución considerable en el número de fumadores después de la intervención, por lo que se considera efectiva la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Echeverría A, Vignoletti F, Fabrizi S, Matesanz P. Papel etiológico de los virus en la enfermedad periodontal. Avances en Periodoncia [Internet]. 2007 [citado 12 Dic 2011];19(2):91-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852007000300004&script=sci_arttext
2. Guerrero del Ángel F, Torres Benítez JM, Tudón Torres E, Domínguez Arellano S. Identificación de factores de riesgo asociado a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. Rev ADM [Internet]. 2004 [citado 12 Dic 2011]; 6(3):92-6. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=460>
3. Malhotra R, Kapoor A, Grover V, Kaushal S. Nicotine and periodontal tissues. J Indian Soc Periodontal. 2010 Jan-Mar; 14(1): 72-9. PubMed; PMID: 20922084.
4. Darby IB, Hodge PJ, Riggio MP, Kinane DF. Clinical and microbiological effect of scaling and root planning in smoker and non-smoker chronic and aggressive periodontitis patients. J Clin Periodontol. 2005 Feb; 32(2):200-6. PubMed; PMID: 15691352.
5. Botello-Harbaum M, Haynie DL, Murray KW, Iannotti RJ. Cigarette smoking status and recurrent subjective health complaints among US school-aged adolescents. Child Care Health Dev. 2010 Jul; 37(4): 551-8. PubMed; PMID: 20825423.
6. Takeuchi CY, Corrêa-Afonso AM, Pedrazzi H, Dinelli W, Palma-Dibb RG. Deposition of lead and cadmium released by cigarette smoke in dental structures and resin composite. Microsc Res Tech. 2010; Aug 4. PubMed; PMID: 20687130.
7. Castell-Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2007 [citado 13 Dic 2011]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662007000200009&script=sci_arttext&tlng=en
8. Instituto de Investigaciones Odontológicas. Encuesta de Salud Oral. Facultad de Odontología. Maracaibo, Venezuela: Universidad de Zulis; 1962.
9. Traviesas Herrera EM, Rodríguez Llanes R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 [citado 13 Dic 2011]; 44(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000100005&script=sci_arttext&tlng=pt

10. Traviesas Herrera EM, Seoane Larrinaga AM. Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en adultos jóvenes del municipio Artemisa en relación con la práctica del tabaquismo. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 [citado 13 Dic 2011];44(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Underner M, Maes I, Urban T, Meurice JC. Effects of smoking on periodontal disease. Rev Mal Respir. 2009 Dec; 26(10):1057-73. PubMed; PMID: 20032842.

12. Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas. Año 2007. Rev Méd Electrón [Internet]. 2009 Mar-Abr [citado 13 Dic 2011];31(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol2%202009/tema03.htm>

13. Berdasquera Corcho D, González González O, Suárez Larreinaga CL, Gala González A, Oropesa González L. Hábito de fumar en trabajadores de la salud después de una estrategia de intervención. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 [citado 13 Dic 2011];21:3-4. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300008&lng=es

14. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M. Voluntad política y acción intersectorial. Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2007 [citado 13 Dic 2011];45(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032007000300007&script=sci_arttext

15. Health Canada. Intersectoral action toolkit. The cloverleaf model for success. Alberta/Northwest Territories Region. Edmonton AB T5J 4C3. Canada. Jun 2000. Disponible en: www.health-santecanada.net

16. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bornet Gorbea MH. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2007 [citado 13 Dic 2011]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

17. Traviesas Herrera EM, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad de abandono del tabaquismo para la prevención de la enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 [citado 13 Dic 2011];48(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000300009&script=sci_arttext

Recibido: 8 de enero de 2012.

Aprobado: 12 de febrero de 2012.

Eladio Miguel Traviesas Herrera. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.
Facultad de Estomatología. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
eladio.miguel@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Traviesas Herrera EM, Echarry Cano O, Morales Aguiar DR, Ilizástigui Ortúeta ZT, Rodríguez Ortega J. Intervención comunitaria intersectorial en adultos para disminuir el tabaquismo y las periodontopatías. Boquerón, Monagas, Venezuela. 2009. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 Mar-Abr [citado: fecha de acceso]; 34(2). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema06.htm>