

Perfil epidemiológico de enfermedad periodontal en pacientes
de la Clínica Odontológica, Universidad del Sinú.

VANESSA SARÁ PÉREZ

Universidad del Sinú
Clínica odontológica Cartagena de Indias
Odontología X Semestre
Cartagena
2017

**Perfil epidemiológico de enfermedad periodontal en pacientes de la Clínica
Odontológica, Universidad del Sinú.**

VANESSA SARÁ PÉREZ

PROYECTO II

ROQUELINA PIANETA

– Periodoncista

LESBIA TIRADO AMADOR -

Odontóloga. Investigador en el área de salud pública

Esp. Estadística Aplicada

Universidad del Sinú
Clínica Odontológica Cartagena de Indias
Odontología X
Cartagena
2017

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena 15-05-2017



Dedicatoria...

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional

Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario,

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

Agradecimientos...

Yo agradezco primeramente a mis padres que han dado todo el esfuerzo para que yo ahora este culminando esta etapa de mi vida y darles las gracias por apoyarme en todos los momentos difíciles de mi vida tales como la tristeza pero ellos siempre han estado junto a mí y gracias a ellos soy lo que ahora soy y con el esfuerzo de ellos y mis esfuerzos ahora puedo ser una gran profesional y seré un orgullo para todos los que confiaron en mí.

CONTENIDO

	Pág
1. INTRODUCCIÓN	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3.1 DEFINICIÓN	
1.3.2 JUSTIFICACIÓN	12
1.4 MARCO TEÓRICO	13
1.5 MATERIALES Y METODOS	32
1.5.1 MATERIALES	
1.5.2 METODOLOGIA	
1.6 DESARROLLO DEL PROYECTO	35
1.6.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO	
1.7 CRONOGRAMA	36
1.8 CONCLUSIONES	43
1.9 RECOMENDACIONES	44
2.0 BIBLIOGRAFÍA	45
LISTA DE TABLAS	38

GLOSARIO

Enfermedad Periodontal: enfermedad inflamatoria destructiva crónica que afecta a los tejidos de soporte que rodean al diente, y es una de las enfermedades crónicas más prevalente en los humanos. Se caracterizan por la destrucción inflamatoria de los tejidos de soporte dental, incluyendo el hueso alveolar.

Prevalencia: se refiere al número de individuos que, en relación con la población total, padecen una enfermedad determinada en un momento específico.

Incidencia: expresa el volumen de casos nuevos (enfermedad) que aparecen en un periodo determinado, así como la velocidad con la que lo hacen, en una población.

Perfil Epidemiológico: es aquel cuya función es la de saber el estado de salud de una población.

Paciente: Es una característica de la personalidad de una persona que supone reacciones alegres, educadas y agradables frente a las situaciones cotidianas de la vida.

Factor De Riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión

RESUMEN

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria con una relación bidireccional en relación con otras condiciones médicas, tales como las enfermedades crónicas no transmisibles que promueven la inflamación sistémica en el cuerpo, es producida por numerosos microorganismos resaltando *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) y *Porphyromonas gingivalis* (Pg), además de factores como la edad, el sexo, estado socio económico, educación entre otros.

Debemos identificar cuáles son los factores que propician la aparición de la enfermedad para de esta manera poder llegar al diagnóstico y tratamiento preciso, para ello se puede utilizar el perfil epidemiológico el cual nos ayuda a determinar cuál es la prevalencia e incidencia de una enfermedad en una población determinada o en estudio.

Para prevenir la enfermedad periodontal de forma exitosa es necesario un cambio en el comportamiento de las personas quienes padecen esta enfermedad, en el estilo de vida por ejemplo, si tienen hábitos como fumar tabaco, o malos hábitos de higiene bucal.

Palabras claves: enfermedad periodontal, periodontitis, gingivitis, prevención, perfil epidemiológico

1.0 INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una enfermedad inflamatoria destructiva crónica que afecta a los tejidos de soporte que rodean al diente, y es una de las enfermedades crónicas más prevalente en los humanos¹. Se caracterizan por la destrucción inflamatoria de los tejidos de soporte dental, incluyendo el hueso alveolar²

Es causada por la placa dental, un biofilm en el que los microorganismos anaerobios predominan. Los patógenos periodontales importantes incluyen *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), y *Porphyromonas gingivalis* (Pg). Estas y otras bacterias con sus toxinas, pueden producir irritación del tejido periodontal y estimular una respuesta inflamatoria crónica, con sus mediadores inmunológicos².

La gravedad de la destrucción del tejido periodontal depende de la dinámica de las interacciones entre el desafío microbiano y la respuesta inmune inflamatoria del organismo, estos eventos son influenciados por una serie de factores de riesgo, incluyendo factores sistémicos tales como la diabetes, la hipertensión arterial, el estrés y la osteoporosis, lo mismo que las variaciones genéticas y de comportamiento, y la influencia de los factores de riesgos modificables tales como el consumo de tabaco².

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en pacientes de la clínica odontológica, universidad del Sinú.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir variables sociodemográficas
- Determinar qué factores de riesgo pueden coadyuvar a la aparición y progresión de enfermedad periodontal
- Identificar cuál es el tipo de enfermedad periodontal más común en pacientes de la clínica odontológica Cartagena de indias
- Identificar cuáles son las medidas de prevención que utilizan los pacientes en sus hogares.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El problema de investigación que se aborda en este estudio, es el de determinar el perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en pacientes de la clínica odontológica, universidad del Sinú.

Debido a lo anterior se hace prioritario la realización de una investigación que resuelva el siguiente interrogante: ¿cuál es el perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en pacientes de la clínica odontológica, universidad del Sinú año 2016?

1.2.2 JUSTIFICACIÓN

Un perfil epidemiológico es aquel cuya función es la de saber el estado de salud de una población, por ello debemos concebir que este proyecto es de valiosa importancia ya que de esta manera podremos conocer qué tan alto es el índice de enfermedad periodontal, en la población de pacientes atendidos dentro de las instalaciones de la clínica odontológica de Cartagena de Indias Universidad del Sinú durante los años 2014 y 2015; además podremos saber cuáles son los factores de riesgo más comunes que están ocasionando estas enfermedades, y cuáles son las medidas de prevención que utilizan los pacientes en sus hogares.

Como resultado del ENSAB IV, la mayor parte de la población (61.8%) evidencia periodontitis en sus diferentes grados de severidad, siendo la más frecuente la periodontitis moderada, presente en el 43.46% de los sujetos, seguida por 10.62% con periodontitis avanzada, con un 38,20% de los sujetos que se clasifican como sin periodontitis.

Se espera que esta sea una importante información para la toma de decisiones en el ámbito clínico, e igualmente que sirva para reiterar el compromiso de los actores involucrados.

Pretendemos que en un futuro con la información recolectada se brinde un tratamiento más eficaz para estas enfermedades y con ello mejorar el estilo de vida de nuestros pacientes, por ejemplo induciéndolos a mejorar sus hábitos de higiene oral y si lo requiere otro tipo de tratamiento preventivo o un poco más invasivo, para así evitar pérdidas de órganos dentales prematuras.

MARCO LEGAL

Decreto 3380 de 1981: Artículo 30. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual

La Ley 23, Capítulo III, Artículo 34: La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley

1.3 MARCO TEÓRICO

La enfermedad periodontal es una enfermedad inflamatoria destructiva crónica que afecta a los tejidos de soporte que rodean al diente, y es una de las enfermedades crónicas más prevalente en los humanos¹. Se caracterizan por la destrucción inflamatoria de los tejidos de soporte dental, incluyendo el hueso alveolar²

Es causada por la placa dental, un biofilm en el que los microorganismos anaerobios predominan¹. Los patógenos periodontales importantes incluyen *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), y *Porphyromonas gingivalis* (Pg). Estas y otras bacterias con sus toxinas, pueden producir irritación del tejido conectivo periodontal y estimular una respuesta inflamatoria crónica, con sus mediadores inmunológicos². La gravedad de la destrucción del tejido periodontal depende de la dinámica de las interacciones entre el desafío microbiano y la respuesta inmune inflamatoria del organismo, estos eventos son influenciados por una serie de factores de riesgo, incluyendo factores sistémicos tales como diabetes, enfermedades de inmunodeficiencia, el estrés y la osteoporosis, lo mismo que las variaciones genéticas y de comportamiento y la influencia de los factores de riesgos modificables tales como el consumo de tabaco²

Con relación a 1998 el 72% de la población presenta enfermedad periodontal, por curso de vida, a los 18 años el 40%, entre los 20 y 34 años el 55%, entre los 35 y 44 años el 80%, entre los 45 y 64 años el 92%, entre los 65 y 79 el 97% de la población presenta enfermedad periodontal, en total con un promedio del 65%³.

Clasificación de la enfermedad periodontal

Gingivitis:

La encía se divide en tres zonas

Encía marginal: el tejido que se encuentra en la unión con un diente.

Encía papilar: tejido situado en el área interproximal

Encía adherida: tejido restante que se extiende desde las áreas marginal/ papilar, hasta la unión mucogingival.

Dependiendo de qué zona este afectada así se le denominara a la gingivitis. De tal forma que si afecta la encía marginal se denominara gingivitis marginal, si afecta

la encía papilar se denominara gingivitis papilar y si existen modificaciones en la dimensión vertical de la encía adherida pueden ser denominadas difusas.

Las características comunes que presentan todas las enfermedades gingivales son:

- Signos y síntomas limitados a la encía
- Presencia de placa dental para iniciar o exacerbar la severidad de la lesión
- signos clínicos de inflamación
- signos y síntomas asociados con niveles de inserción estables en periodonto normal o reducido
- reversibilidad de la enfermedad cuando se eliminan los factores etiológicos

Tipos de gingivitis:

Asociada a la placa dental:

Es una inflamación tisular debido a la exposición de placa que tienen los tejidos gingivales; sus características clínicas son:

- Placa dental en el margen gingival
- Cambios de color en la encía
- La enfermedad comienza en el margen gingival
- Cambios en el contorno marginal
- Cambios de temperatura del surco gingival
- Sangrado ante la provocación
- Ausencia de pérdida de inserción
- Ausencia de pérdida ósea
- Reversible cuando se elimina la placa

Entre las características histopatológicas se encuentran:

- Los cambios vasculares que incluyen el aumento sustancial de vasos permeables.
- Dilatación de vasos
- Aumento del flujo de líquido crevicular y aumento simultaneo de leucocitos en el líquido gingival.

Entre los tratamientos que se realizan están:

Control mecánico de la placa (cepillado) que sigue siendo el tratamiento principal, el control químico que se realiza cuando el individuo presenta incapacidad física o mental y no pueden realizar control mecánico y si existen factores retentivos de placa (cálculos, restauraciones incorrectas) se deben eliminar

Asociada a Factores locales contribuyentes:

Existen muchos factores que contribuyen a la inflamación gingival entre ellos están:

- **Anatomía dentaria:**

Entre estos encontramos las proyecciones de esmalte y perlas adamantinas. Las perlas adamantinas son depósitos de esmalte ectópicos de forma variada, que suelen asociarse con áreas de furcación en los molares, encontrándose en 1, 1-5,7% de los segundos molares superiores que son los más afectados.

- **Restauraciones dentales:**

Están consideradas un factor contribuyente a la gingivitis cuando están violando el espacio de las dimensiones verticales de los tejidos gingivales o cuando estas tienen márgenes subgingivales.

- **Fracturas radiculares:**

Suelen relacionarse con la inflamación gingival por el acumulo de placa que existe en la línea de fractura.

- **Resorción radicular cervical:**

Puede causar inflamación si se establece comunicación con el surco gingival, ya que se produce aumento en la formación de placa.

Asociada a Factores endocrinos:

- **Gingivitis asociada al embarazo**

En el embarazo la encía muestra grados de inflamación que por lo común no coincide con el nivel de placa existente. La microbiota de la placa es característica de la gingivitis y la afección parece ser una respuesta del huésped localizada y modulada por los niveles de hormonas endógenas como andrógenos, estrógenos, y progesterona, puede ser revertida con un alto control de placa.

- **Gingivitis asociada a la pubertad**

Es una respuesta exagerada de la encía por la placa existente en los tejidos gingivales que se encuentra medida por los altos niveles de hormonas sobre todo la testosterona y el estrógeno. Puede revertirse con medidas de higiene bucal; Es difícil de diferenciar si es una gingivitis asociada a la pubertad ya que la respiración bucal ocasionada por la mal oclusión clase II división 1 de angle es muy común en niños y adolescentes y es considerada como factor exacerbante de la inflamación gingival.

- **Gingivitis asociada al ciclo menstrual**

A pesar que se describió lesiones hemorrágicas al inicio del ciclo menstrual, no se considera que exista una estrecha relación entre la gingivitis y la menstruación, aunque el líquido crevicular en este momento tiene aumento del 20% en el 75% de las mujeres en el periodo de ovulación.

- **Granuloma piógeno en el embarazo**

Este se presenta a menudo entre el primer y tercer trimestre del embarazo, como una masa localizada de base pediculada altamente vascularizada, puede presentar ulceraciones en su delgada capa de revestimiento epitelial, puede presentar sangrado durante la masticación e incluso espontaneo. Suelen desaparecer por completo después del parto, pero en muchas ocasiones se debe extirpar quirúrgicamente porque pueden ser muy grandes e interferir con el habla o la masticación.

Asociadas a Desnutrición

Debido a la deficiencia de vitamina C se produce el escorbuto el cual tiene entre sus síntomas en cambios en la encía, entre ellos: rubor, tumefacción tendencia al sangrado debido a estímulos mínimos y alteración hacia una consistencia esponjosa.

El escorbuto es una afección que es considerada rara en la época moderna pero que si puede observarse en países en desarrollo y en individuos con desnutrición severa y alcohólicos.

Asociadas a Enfermedades Sistémicas

- **Diabetes mellitus**

Existen evidencia que en niños con diabetes mellitus tipo 1 la encía presenta una respuesta exagerada a la placa bacteriana, en pacientes adultos con esta diabetes bien controlada la inflamación es menor; suele aceptarse que en pacientes con diabetes tipo 1 mal controlada pueden asociarse a un nivel de periodontitis mas algo, sin embargo no existen evidencias de que la gingivitis sea exacerbada en estos pacientes.

- **Leucemias y otras displasias sanguíneas**

Entre todos los tipos de leucemias la mieloide es la que más se relaciona con la inflamación gingival, aunque la placa puede causar cambios en la encía, en estos casos no es imprescindible para que ello ocurra.

El sangrado gingival persistente e inexplicado puede indicar una trombocitopenia subyacente asociada, con una leucemia o con otra situación que exprese deficiencia plaquetaria.

La neutropenia cíclica, esta asociada a ulceración bucal, respuesta exagerada a la placa dental y periodontitis agresiva.

Asociada a Medicamentos

La inflamación gingival en estos casos ocurre comúnmente en la zona anterior de la boca, sus signos clínicos tempranos más típicos incluyen cambios en la forma y tamaño en la región de las papilas.

Existen tres tipos de medicamentos capaces de causar hiperplasia gingival, entre ellos: difenildihidatoína sódica o epinutina, un anticonvulsivo, ciclosporina A, un inmunosupresor usado para impedir el rechazo a tejidos injertados y para el tratamiento de psoriasis severa, y los bloqueantes de los canales de calcio (antihipertensivos) como la nifedipina.

El tratamiento se realiza mediante una combinación de un régimen riguroso de higiene bucal, desbridamiento y recesión quirúrgica (si compromete estética, la función o fonación).

Periodontitis

La periodontitis se manifiesta como una enfermedad que no puede desarrollarse sin el asociado la inflamación, ya que siempre está precedido por la gingivitis con marcada inflamación⁶

Puede ser:

- Crónica
- Agresiva

Periodontitis Crónica:

Es una periodontitis de progresión lenta, que inicia con una gingivitis desde la pubertad o poco después de ella.

Sus características clínicas son:

- Inflamación gingival
- Sangrado al sondeo en el área de la bolsa gingival
- Resistencia reducida de los tejidos periodontales al sondeo
- Pérdida de inserción y pérdida de hueso alveolar
- Hipertrofia o retracción de la encía
- exposición de la furcación radicular
- aumento de la movilidad dental
- desplazamiento y finalmente exfoliación de los dientes.

Los factores de riesgo:

- **Bacterianos:** ciertos microorganismos específicos han sido considerados patógenos periodontales potenciales, pero aunque son necesario la mera presencia de ellos no es suficiente para que su actividad nosológica. La placa microbiana es un factor esencial en la inflamación de los tejidos periodontales, pero la progresión de gingivitis a periodontitis es gobernada principalmente por factores de riesgo basados en el huésped.
- **Edad:** Aunque la prevalencia de la enfermedad periodontal aumente con la edad es improbable que el solo hecho de envejecer aumente la susceptibilidad a la enfermedad periodontal. Es más probable que los efectos acumulativos de la enfermedad en el transcurso de la vida, es decir, los acúmulos de placa, cálculos y mayor cantidad de sitios capaces de alojar esos depósitos, más la experiencia de pérdida de inserción y de hueso expliquen la mayor prevalencia de la enfermedad periodontal en ancianos.

Periodontitis Agresiva:

Las formas agresivas de la periodontitis se consideran enfermedades multifactoriales desarrolladas como resultado de interacciones complejas entre genes específicos del huésped y el ambiente.

La incapacidad del huésped de afrontar la agresividad bacteriana para evitar la inflamación tisular da lugar al proceso mórbido, que sumado al ambiente y los factores genéticamente controlados contribuyen a determinar las manifestaciones clínicas específicas de la enfermedad.

Este tipo de periodontitis puede presentarse en cualquier persona, no dándoles exclusividad a personas menores de 35 años, las formas de periodontitis agresiva

se caracterizan por la destrucción severa del aparato de inserción periodontal a una edad temprana.

Tiene los siguientes rasgos comunes:

- Historia clínica sin particularidades
- Pérdida de inserción y destrucción óseas rápidas
- Agregación familiar de casos

Las características secundarias que se encuentran presentes en todos los casos son:

- Cantidad de depósitos microbianos incompatible con la severidad de la destrucción de tejido periodontal.
- Proporción elevada de *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* y, en algunas poblaciones de extremo oriente, de *Porphyromonas gingivalis*
- Anormalidades de los fagocitos.
- Fenotipo macrófago con respuesta exagerada que incluye la producción elevada de PGE₂ y de IL-1beta en respuesta a las endotoxinas bacterianas.
- Progresión de la pérdida de inserción y de la pérdida ósea que puede ser auto limitada.

Suele presentarse temprano en la vida de la persona, dando a entender que sus factores etiológicos son capaces de producir enfermedad clínicamente en un tiempo bastante breve.

Su diagnóstico requiere de exclusión en enfermedades sistémicas que puedan deteriorar severamente las defensas del huésped y llevar a la pérdida prematura de dientes (manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas).

Se puede presentar en dos formas:

- Periodontitis agresiva localizada
- Periodontitis agresiva generalizada

Periodontitis Agresiva Localizada:

- Aparición en el periodo circumpuberal
- Presentación localizada en el primer molar/incisivos, con pérdida de inserción interproximal al menos en dos dientes permanentes, uno de los cuales es un primer molar; no afecta más de dos dientes.
- Potente respuesta de anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos

Periodontitis Agresiva Generalizada:

- Afecta casi siempre a personas menores de 30 años, pero los pacientes pueden ser mayores.

- La pérdida de inserción interproximal generalizada afecta a más de dos dientes que no son los primeros molares ni incisivos.
- Naturaleza episódica de destrucción de inserción y de hueso alveolar.
- Escasa respuesta con anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos.

Enfermedad periodontal Necrosante

Este tipo de enfermedad periodontal son las afecciones periodontales más severas causadas de por la placa bacteriana.

Suelen seguir un curso agudo, son rápidamente destructivas, debilitantes y representan diversas etapas del mismo proceso mórbido.

Entre estas se encuentran:

- Gingivitis Necrosante (GUN)
- Periodontitis Necrosante (PUN)
- Estomatitis Necrosante (EN)

Características Clínicas

Comienza por una GUN, la cual es una afección gingival destructiva, caracterizada por papilas ulceradas y desvitalizadas y márgenes gingivales, cuyo resultado se caracteriza por lesiones que parecen producidas por sacabocados (ulceraciones) la cuales están recubiertas por una masa de tejido muerto esfacelado, de color blanco amarillento o grisáceo denominado pseudomembrana. La eliminación del material esfacelado produce sangrado y exposición al tejido adyacente ulcerado.

Las lesiones necrosantes avanzan con gran rapidez y son dolorosas, pero en los primeros estadios pero cuando son escasas las áreas necrosadas el dolor suele ser moderado.

Las primeras lesiones se ven a menudo en la zona interproximal de la región antero inferior, en las zonas donde aparecen primero las lesiones suele haber signos de gingivitis crónica preexistente, pero las papilas no estas siempre edematizadas en este estadio y podría conservarse el puntuado gingival, cuando es marcada la inflamación gingival se observan las papilas redondeadas y es muy evidente por la cara vestibular; la encía relativamente no afectada suele presentar una zona eritematosa muy estrecha bien marcada denominada a veces eritema lineal.

La necrosis gingival avanza rápidamente y al cabo de pocos días las papilas interdentes se separan en dos partes, una vestibular y una lingual con una depresión necrótica entre ellas (una papila negativa). La necrosis central produce una destrucción tisular considerable y se forma un cráter. En esta etapa, se encuentra afectado el ligamento periodontal, el hueso alveolar y existe pérdida de inserción por lo cual ya esto es diagnosticado como periodontitis necrosante; cuando la lesión va más allá de la unión mucogingival se denomina estomatitis necrosante.

Debido al avance rápido de la enfermedad se producen sequestratos óseos, el cual inicialmente no puede ser extraído, pero después de un tiempo se afloja y puede quitarse con pinzas. Cuando la enfermedad está avanzada se observan inflamación los ganglios submandibulares y cervicales.

Gingivitis Ulceronecrosante (GUN)

Se puede definir como una infección gingival aguda y a veces recurrente de etiología compleja, los síntomas de la enfermedad son: dolor, ulceración, necrosis de las papilas interdentes y sangrado espontáneo o a manipulación suave; Los pacientes más afectados son los adolescentes o adultos jóvenes fumadores de cigarrillo o estresados psicológicamente.

La histopatología de la GUN fue investigada con microscopía electrónica y se describió dividiendo la lesión en cuatro zonas:

1. zona bacteriana: capa más superficial y consiste en varios tipos de bacterias
2. zona rica en neutrófilos: zona rica en neutrófilos y bacterias
3. zona necrótica: predominan las células muertas y una malla de fibrina, se observan abundantes espiroquetas de diversos tipos
4. zona de infiltración espiroquetal: caracterizada por un tejido conectivo que muestra una respuesta inflamatoria aguda, con infiltración de espiroquetas de diferentes dimensiones

Ciertas enfermedades sistémicas y algunas discrasias sanguíneas y los estados de deficiencia nutricional predisponen al desarrollo de la GUN.

Aunque su nombre indica que la GUN es una lesión que se limita a las encías, algunos autores sugieren que está asociada a una pérdida de inserción periodontal; la GUN puede avanzar hasta originar una infección orofacial fulminante denominada noma o cancrum oris.

El tratamiento de la GUN consiste en terapia antimicrobiana sistémica e instrucciones para la higiene bucal y desbridamiento mecánico de los dientes.

El desbridamiento es la opción de tratamiento, pero la prescripción adicional de antibióticos del grupo de las penicilinas o de metronidazol puede estar indicada si la destrucción gingival es severa, si los ganglio linfáticos están afectados, o si surgen síntomas sistémicos, como pirexia o malestar general.

Abscesos Periodontales

Se clasifican según el proceso inflamatorio agudo en:

- Absceso relacionado con periodontitis
- Absceso no relacionado con periodontitis

Absceso Relacionado con Periodontitis

Cuando la infección aguda se origina en la biopelícula presente en una bolsa periodontal profunda, la formación de este absceso suele obedecer al cierre marginal de una bolsa periodontal, representando una destrucción activa de los tejidos periodontales.

Una vez iniciado el proceso inflamatorio agudo ocurre una acumulación de neutrófilos, destrucción de tejidos y formación de pus; diferentes mecanismos intervienen en la formación de un absceso relacionado con la periodontitis:

Exacerbación de una lesión crónica

Este tipo de absceso se desarrolla en una bolsa periodontal profundizada sin ninguna influencia externa evidente, puede ocurrir en un paciente 1) con periodontitis que no recibió tratamiento o 2) una infección recurrente durante la terapia periodontal de mantenimiento.

Abscesos Pos tratamiento

Existen diversas razones por las cuales un absceso puede aparecer durante una terapia activa

- **Absceso periodontal después del raspado:** pueden ocurrir por la presencia de pequeños fragmentos de cálculos remanentes muy dentro de la bolsa, o que se forman muy en una porción muy profunda y no se percibe edema de los tejidos periodontales.
- **Absceso periodontal posquirúrgico:** suelen ser resultado de la eliminación incompleta de cálculos subgingivales o de la presencia de

cuerpos extraños en los tejidos periodontales como suturas o apósitos quirúrgicos.

- **Absceso Periodontal después de recibir antibióticos:** ocurren debido a que los microorganismos de la biopelícula subgingival quedan protegidos de los antibióticos dando como resultado una sobreinfección e inflamación masiva.

Abscesos no relacionados con periodontitis

Estos abscesos también pueden ocurrir en relación con una bolsa periodontal, pero existe un factor local externo que explica la inflamación aguda como:

- Impactación de un cuerpo extraño en el surco gingival o bolsa periodontal (partículas de alimentos, dispositivos ortodónticos, el cepillado dental).
- Alteraciones en la morfología radicular (raíz fisurada, raíz invaginada, desgarro del cemento radicular, perforaciones iatrogénicas endodónticas, resorciones radiculares externas).

Lesiones Endo-Periodontales

Tanto la enfermedad periodontal como la endodóntica presentan una naturaleza infecciosa y muchas de las especies encontradas en los conductos radiculares pueden estar presente en los sacos periodontales. Cualquiera de estas enfermedades puede imitar a la otra tanto clínica como radiográficamente, por lo que un diagnóstico preciso de los factores etiológicos involucrados es necesario para un correcto tratamiento.⁵

Cuando se presenta una lesión endoperiodontal se debe buscar el origen de dicha infección, realizando un diagnóstico diferencial entre enfermedad endodóntica, periodontal o combinada.⁵

Clínicamente las lesiones endoperiodontales se han clasificado de acuerdo a su etiología, sugiriéndose varias clasificaciones para dividir los casos que pueden requerir terapias simples o combinadas. De esta manera una de las clasificaciones más utilizadas en los últimos tiempos por su simpleza y fácil aplicación fue la descrita por Guldener & Langeland en 1982(7):

Tipo I: Lesión esencialmente endodóntica. Origen endodóntico, exacerbación aguda de lesión apical crónica que drena desde el ligamento al surco y simula un absceso periodontal, con aumento de volumen marginal.

Tipo II: Lesión esencialmente periodontal. Origen periodontal, enfermedad periodontal que destruye tejidos de soporte y afecta la pulpa.

Tipo III: Lesión endoperiodontal combinada o verdadera. En los cuales ambos procesos de patología endodóntica y periodontal se producen conjuntamente.

. El diagnóstico diferencial entre una lesión endodóntica (el término lesión endodóntica se emplea para indicar un proceso inflamatorio en los tejidos periodontales producidos por agentes nocivos presentes en el sistema de conductos radiculares, por lo general una infección) y una lesión periodontal (el término lesión periodontal se emplea para indicar un proceso inflamatorio en los tejidos periodontales producidos por la acumulación de placa bacteriana sobre las superficies dentarias externas) puede establecerse a menudo sin demasiada dificultad, dado que las lesiones endodónticas a menudo inducen síntomas en el periodonto apical, mientras que los síntomas de la enfermedad periodontal suelen confinarse al periodonto marginal.⁵

ENFERMEDADES GINGIVALES DE ORIGEN SISTÉMICO

Trastornos mucocutáneos

Numerosos trastornos mucocutáneos presentan manifestaciones gingivales, algunas veces en forma, de lesiones descamativas o ulceraciones de la encía. Las entidades más importantes son: liquen plano, penfigoide, pénfigo vulgar, eritema multiforme y lupus eritematoso.

Liquen plano

El liquen plano es la enfermedad mucocutánea que se manifiesta con mayor regularidad en la encía.

La prevalencia del liquen plano bucal (LPB) en diversas poblaciones es del 0,1-4%. La enfermedad puede afectar a pacientes a cualquier edad aunque rara vez se observa en los niños.

En la gran mayoría de los casos, las lesiones de la piel desaparecen espontáneamente después de varios meses, situación que contrasta con las lesiones bucales, que suelen permanecer durante años. Las manifestaciones clínicas más características de la enfermedad y la base del diagnóstico clínico son las pápulas y las estriaciones blancas

Las lesiones atróficas y ulcerativas se describen como erosivas. Las lesiones papulares, reticulares y de tipo placa no suelen provocar síntomas significativos, mientras que las lesiones atróficas y ulcerativas están asociadas con dolor moderado a severo que se relaciona sobre todo con los procedimientos de higiene bucal y la masticación,

Eritema multiforme

También llamado síndrome de Stevens Johnson abarca ampliamente las mucosas, es decir, bucal, ocular y genital, además de las lesiones en la piel.

El EM puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en jóvenes, puede involucrar o no la mucosa bucal, pero el compromiso bucal se produce en un 25-60% de los casos, y a veces es el único sitio tomado.

Las lesiones bucales características incluyen labios edematizados con formaciones costrosas extensas en el borde de bermellón, sin embargo las lesiones más comunes son las ampollas que se rompen y dejan úlceras abiertas extensas cubiertas por exudado fibrinoso denso amarillento, algunas veces descrito como pseudomembrana, estas lesiones también pueden comprometer la mucosa y la encía.

El tratamiento para las ulceraciones intrabucales son el uso de corticoesteroides sistémico aunque los tópicos también pueden ser eficaces en paciente con ulceraciones leves, y mantener una buena higiene bucal

Lupus Eritematoso

El lupus eritematoso (LE) es un grupo de trastornos autoinmunes del tejido conectivo en el que se forman varios auto anticuerpos contra varios componentes celulares incluidos el núcleo, la membrana citoplasmática y otros. Las mujeres son más afectadas que los hombres, no se conoce su etiología. Existen dos formas esenciales: LE discoide (LED) LE sistémico (LES), que incluye riñón, sistema nervioso central, sistemas cardiovascular, médula ósea y corazón,

El LED es una forma crónica leve, que involucra la piel y las mucosas, a veces la encía, como también otras partes de la mucosa bucal. La lesión típica presenta un área atrófica central con pequeños puntos blancos rodeados por finas estrías blancas irradiadas con una zona periférica de telangiectasias;

Algunas veces los pacientes presentan lesiones ulcerosas y clínicamente indistinguibles de la leucoplasia o el liquen plano bucal atrófico, algunas veces los pacientes presentan lesiones gingivales que son efecto colateral de medicamentos antipalúdicos que son prescritos en el tratamiento.

Los pacientes con LES presentan lesiones bucales en un 25-40% de los casos, las cuales pueden ser ulcerosas; otros de los síntomas que presenta: lesiones en piel mariposa color bordó son maculas eritematosas, fotosensibles, escamosas ubicadas en el puente de la nariz y en las mejillas.

Los cambios epiteliales característicos de las lesiones bucales del LE son hiperqueratosis, concreciones de queratina y variación en el espesor epitelial, licuefacción de células basales y aumento del ancho de la membrana basal

La terapéutica con corticoides y antiinflamatorios es necesario para él LES, a veces se requieren tratamientos tópicos para la resolución de las lesiones sintomáticas intra bucales.

REACCIONES ALÉRGICAS

Las manifestaciones alérgicas en la mucosa bucal son poco frecuentes, sin embargo, en la alergia pueden participar diversos mecanismos, que son reacciones inmunes exageradas. Las reacciones de la mucosa bucal son de tipo I (inmediatas), mediadas por IgE, o con más frecuencia son reacciones de tipo IV (demoradas) mediadas por células T. La rara aparición intrabucal puede deberse a que se necesitan concentraciones de alérgeno mucho más altas para que se produzca una reacción alérgica en la mucosa bucal si se lo compara con la piel u otras superficies

- **Materiales odontológicos de restauración**

La manifestación clínica de la alergia de tipo IV (alergia por contacto) se produce después de un período de 12 a 48 horas una vez ocurrido el contacto con el alérgeno.

Las lesiones, que pueden afectar la encía, tienen similitudes clínicas con las afecciones de liquen plano bucal y por ello se denominan leucoplasia bucal. Son lesiones rojizas o blanquecinas, a veces ulceradas, pero una de las observaciones diagnósticas cruciales es que se curan después de la eliminación del material agresor

- **Reacciones a los productos de higiene bucal, gomas de mascar y alimentos Pastas dentífricas, colutorios y gomas de mascar**

Las alergias por contacto suceden rara vez después del uso de pastas dentífricas y colutorios, los responsables pueden ser los aditivos para el sabor, lo cuales en la goma de mascar también son responsables; las manifestaciones clínicas de la alergia incluyen gingivitis edematosa de color rojo intenso, a veces con ulceraciones o zonas blanquecinas, las características clínicas también pueden estar presentes en la mucosa labia bucal y lingual, también se puede observar queilitis.

TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

- **Leucemia**

Es un trastorno hematológico maligno con proliferación anormal y desarrollo de leucócitos y sus precursores en sangre y médula ósea. Puede comprometer cualquiera de los subgrupos de leucocitos, leucocitos polimorfonucleares, linfocitos o monocitos. Como consecuencia de la incapacidad de producir suficiente células blancas funcionales y plaquetas, el individuo puede llegar a la muerte a causa de infecciones o hemorragias asociadas con la neutropenia y la trombocitopenia.

La clasificación de la leucemia se basa en el curso que sigue la enfermedad, es decir, aguda o crónica, y en el origen de las células involucradas. Las formas básicas son: leucemia linfocítica aguda (LLA), leucemia mielogénica aguda (LMA), leucemia linfocítica crónica (LLC) y leucemia mielogénica crónica (LMC).

Las manifestaciones gingivales de la leucemia, que incluyen edema extenso, ulceración petequias y eritema, son mucho más comunes en las formas agudas de la enfermedad que en las crónicas, .el edema gingival pronunciado observado en los pacientes con leucemia se debe principalmente a la inflamación inducida por la placa, por lo que un control estricto de ésta soluciona el edema, pero puede deberse a la presencia de infiltrado leucocitario aunque es una característica poco frecuente de los paciente con leucemia. Debido a la trombocitopenia secundaria el sangrado gingival es un signo común.

El tratamiento periodontal en los pacientes con leucemia va dirigido a la reducción de placa bacteriana, como principal fuente de bacteriemia y daño a los tejidos periodontales tanto durante en la enfermedad como durante los periodos de quimioterapia.

Pénfigo Vulgar

Es un grupo de enfermedades Pénfigo vulgar autoinmunes caracterizada por la formación de ampolla intraepiteliales en la piel y las mucosas. Comienza con la formación de ampollares generalizadas que afectan áreas grandes de la piel y si no se trata de inmediato amenaza la vida del paciente.

El comienzo intrabucal de la enfermedad con formaciones ampollares es muy común y se pueden observar lesiones de la mucosa bucal que comprometen la encía, las lesiones iniciales pueden parecer aftosas, pero las erosiones extensas son muy comunes en los estadios posteriores, el compromiso gingival puede presentarse como lesiones descamativas dolorosas o como erosiones o ulceraciones que son vestigios de las ampollas abiertas.

Las úlceras suelen cicatrizar lentamente, sin dejar cicatrices por lo que la enfermedad sigue un curso crónico con formaciones ampollares recurrentes. El tratamiento complementario local consiste en el control delicado de la placa y en la higiene

profesional, algunas veces es necesaria la aplicación de corticoesteroides tópicos para controlar la enfermedad intrabucal.

Penfigoide

Es un grupo de trastornos en los que los anticuerpos hacia los componentes de la membrana basal producen el desbridamiento del epitelio desde el tejido conectivo. El penfigoide ampollar afecta principalmente la piel, pero puede afectar la mucosa bucal; si solo afecta la mucosa bucal a menudo se emplea el término de penfigoide mucomembranoso benigno (PMMB).

La mayoría de los pacientes afectados son mujeres a inicios de los 50 años, la aparición del PMMB es casi inevitable afectando principalmente la mucosa bucal, cualquier área de la mucosa bucal puede estar afectada por PMMB, pero la principal manifestación son las lesiones descamativas en la encía con eritema intenso en la zona de encía adherida. Los cambios inflamatorios como siempre no son producidos por la placa y pueden extender por el ancho gingival hasta la unión mucogingival.

La terapia consiste en la eliminación profesional a traumática de la placa y en la instrucción individual de un suave pero cuidadoso control diario de la placa complementada con el uso diario de clorhexidina o la aplicación tópica de corticosteroides, si fuese necesario. Como en todas las enfermedades inflamatorias crónicas de la mucosa bucal, los procedimientos de higiene son muy importantes y el control de la infección proveniente de la placa bacteriana puede reducir considerablemente la actividad de la enfermedad y los síntomas.

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL MUNDO

La prevalencia de la inflamación gingival es muy alta en varios países africanos y afecta a todos los grupos de edad; las enfermedades periodontales son más frecuentes en los hombres que en las mujeres y aumentan con el aumento de la edad. La forma más común de la enfermedad periodontal es la gingivitis¹⁰.

En la República de Sudán, la tasa de prevalencia de periodontitis agresiva en personas de etnia africana es del 6%, en comparación con el 2,3% de los afroárabes del mismo país¹³.

En el Oriente Medio, un estudio informó de bolsas profundas en el 12,5% de la población entre la edad de 35 a 44 años. Esto fue inferior a las cifras en Irak, donde el 22,6% tenía bolsas profundas, y más alto que en Arabia Saudita, donde ninguno tenía bolsas profundas. Mientras que el 37,4% tenía bolsas poco profundas.

Las profundidades de bolsas periodontal $\leq 3,5$ mm (4,1%) en Libia para el grupo de edad de 15 a 16 años podrían indicar un problema de periodontitis agresiva en etapas tempranas¹⁰.

Dado el contexto diverso de las poblaciones asiáticas, es interesante observar que la prevalencia de la enfermedad periodontal en el continente asiático se encuentran en un nivel similar, en el rango de 15 a 20%¹¹.

Hay informes de que las enfermedades periodontales son más frecuentes y de mayor gravedad en los países pobres en recursos que en los países desarrollados pero algunos investigadores advierten contra tales generalizaciones¹³

Las encuestas nacionales sobre salud oral han evaluado la salud periodontal en los Estados Unidos se observó que el 82% de los adolescentes en los Estados Unidos tienen gingivitis. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición III realizada durante 1988-1994 ha demostrado que el 50% de la población adulta tiene inflamación gingival⁸.

En Suramérica, se estima que entre un 10 y 50% de la población adulta presenta periodontitis. En un estudio de representatividad nacional en la población adulta de Chile se muestra que la pérdida de NIC ≥ 3 mm es de un 93% y 97% a los 35-55 y 65-74 años de edad respectivamente¹⁴.

En el año 2001 en Santiago de Chile se reportó que el 69,2% de los estudiantes adolescentes entre 12 y 21 años, tenían pérdida del nivel de inserción clínico ≥ 1 mm, el 16% tenían pérdida ≥ 2 mm y el 4,5% una pérdida ≥ 3 mm (7). En el año 2005 en Santo Domingo, República Dominicana la prevalencia de pérdida del nivel de inserción clínico ≥ 1 mm fue de 49,5%, ≥ 2 mm de 15% y ≥ 3 mm en 4,0% de los estudiantes¹⁴.

Como resultado del ENSAB IV, la mayor parte de la población (61.8%) evidencia periodontitis en sus diferentes grados de severidad, siendo la más frecuente la periodontitis moderada, presente en el 43.46% de los sujetos, seguida por 10.62% con periodontitis avanzada, con un 38,20% de los sujetos que se clasifican como sin periodontitis⁹

La mayoría de la población está sufriendo de grado moderado de periodontitis que se inicia a una edad temprana, Y las manifestaciones clínicas de la enfermedad Aparecen después de los 35 años de edad, que si no se tratan en última instancia, dará lugar a la pérdida de diente⁸.

En un estudio realizado en la universidad de Cartagena a estudiantes de odontología en 2011 se encontró que el 93,2 % de los sujetos al menos presentaron un marcador de enfermedad periodontal, al ser mayor a los resultados encontrados por *Tanaka* en estudiantes universitarios del Japón (85,0 %) y *Nava* en estudiantes de odontología de México (49,0 %) ¹².

PREVENCION DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

La identificación de una relación entre la enfermedad periodontal y algunas condiciones sistémicas o eventos puede mejorar la atención y la atención a la salud sistémica, Ya sea como estrategia preventiva o terapéutica⁸.

El tratamiento preventivo exitoso requiere un cambio de comportamiento en los pacientes para abordar los factores de riesgo del estilo de vida (por ejemplo, fumar) y, lo más importante, alcanzar y mantener altos estándares de eliminación de placa diaria durante toda la vida⁷.

Mientras que la eliminación mecánica de la placa sigue siendo la piedra angular del éxito de la gestión de la enfermedad periodontal, en los pacientes de alto riesgo parece que el umbral crítico para la acumulación de placa para provocar la periodontitis es baja, y estos pacientes pueden beneficiarse de agentes adyuvantes para la prevención primaria de la periodontitis⁷.

Los datos apoyan la creencia de que el control de la placa administrado profesionalmente mejora la inflamación gingival y disminuye las puntuaciones de la placa, con algunas pruebas de que el refuerzo de la higiene oral proporciona un beneficio adicional. Los cepillos de dientes eléctricos recargables proporcionan pequeñas pero estadísticamente significativas reducciones adicionales en la inflamación gingival y en los niveles de placa⁷.

FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se han identificado muchos factores de riesgo e indicadores de riesgo que están asociados con un mayor riesgo de enfermedad periodontal. Factores sociodemográficos de edad, sexo, educación, ingresos, ocupación, afecciones médicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares (CVD), artritis, enfermedad renal, enfermedades respiratorias, estrés y hábitos de fumar, tabaco, alcohol y prácticas de higiene bucal Han mostrado una relación significativa con la enfermedad periodontal⁸.

1.5 MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo, transversal, ya que busca Determinar el perfil epidemiológico de la enfermedad periodontal en pacientes de la clínica odontológica, universidad del Sinú, el cual será llevado a cabo en un periodo de tiempo determinado.

Población y Muestra

Población

La población a estudiar está constituida de pacientes atendidos en la universidad del Sinú por estudiantes de VI a X semestre en el año 2016.

Muestra

Se tomaron los datos de todas las personas en cuya historia clínica esté notificada la existencia de enfermedad periodontal, que se haya atendido en el año 2016 y cumpla con criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Historias Clínicas de la facultad de odontología de la universidad del sin, seccional Cartagena, donde conste diagnóstico de gingivitis y periodontitis crónica dentro de las que se tendrán en cuenta según su severidad, leve, moderada, severa, localizada y generalizada.
- Historias clínicas debidamente diligenciadas (signos clínicos y radiográficos), y supervisadas (firmadas) por los docentes a cargo
- Todas las edades dentro de la clínica del adulto, todas las razas y ambos sexos
- Historias clínicas que reporten, factores ambientales o sistémicos desencadenantes y/o modificadores de la periodontitis crónica, tales como: diabetes, hipertensión, consumo de tabaco y de medicamentos como es el caso de antibióticos, cortico esteroides, antiinflamatorios e inmunosupresores, al momento del diagnóstico periodontal.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Historias clínicas sin formato escrito de consentimiento informado debidamente diligenciado por el paciente.
- Historias clínicas que reporten tratamiento previo a la patología estudiada.
- Historias clínicas que no tengan el diagnóstico periodontal completo (nombre de la periodontitis, severidad y extensión) y que no reporten ingesta de medicamento con su nombre, tipo de cepillo y frecuencia de cepillado

1.5.1 METODOLOGIA

Se tomaron los datos de todas las personas en cuya historia clínica esté notificada la existencia de enfermedad periodontal. Esto será realizado por tres estudiantes de odontología donde se evaluarán solo las historias que estén bien diligenciadas y cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Esta medición no fue realizada en escenarios clínicos, se llevó a cabo en la zona de archivos de la clínica odontológica de la universidad del Sinú a través de un instrumento en el cual se diligencio lo siguiente:

- A) Datos personales del paciente
- B) tipo de enfermedad periodontal
- c) factores de riesgo que predisponen.
- D) Hábitos de higiene oral

La información recolectada se tabuló en una matriz de datos en el software Excel versión 2010 y fue transportada al software Stata v.13.2 para Windows® 11.0 [Stata Corp., TX., USA]. Los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes)

FUENTES DE OBTECION DE INFORMACION

Fuentes Primaria.

La información de primera mano que fue sistematizada en este proyecto de investigación fue recogida principalmente de las historias clínicas de pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad del Sinú durante el año 2016, la cual inicio a partir del mes de febrero hasta abril del año 2017.

Fuentes secundaria.

Se indago por información que fue útil a este proyecto de investigación a personal ligado al área de archivo, Además de fuentes de estudios anteriores que incluyan artículos, documentos o libros relacionados con el tema.

RECURSOS

	PROFESIÓN	FUNCIÓN BÁSICA	DURACIÓN	No.
RECURSOS HUMANOS	ESTUDIANTES (PRE.GRADO)	INVESTIGADORES	4 MESES	1
RECURSOS FISICOS	DESCRIPCIÓN DE EQUIPO	FUNCIÓN DEL EQUIPO	ACTIVIDAD EN LA QUE SE UTILIZA	TOTAL
	HOJAS	Recolectar información	ENCUESTAS	30.000
	ESFEROS	Redactar información requerida	ENCUESTAS	12.600
	ARCHIVADOR	Asegurar la información obtenida.		8.700
	COMPUTADOR	Sistematizar en medio magnético la información.	Tabulaciones, tablas, gráficos, informes.	1.150.000

1.6CRONOGRAMA.

Esta investigación inicio en el mes de agosto del año 2016 y culmino aproximadamente a mediados de mayo del 2017.

MESES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Semanas																																				
Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diseño del anteproyecto	■	■	■	■																																
Ajustes anteproyecto					■	■	■	■																												
Recolección información secundaria									■	■	■	■																								
Selección de la información secundaria									■	■	■	■																								
Procesamiento información secundaria													■	■	■	■																				
Diseño instrumentos de recolección de información primaria	■	■	■	■																																
Aplicación de los instrumentos de información primaria																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Tabulación de los instrumentos																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Redacción de informe preliminar																					■	■	■	■												
Redacción y socialización del artículo final de investigación																													■	■						

1.7 DESARROLLO DEL PROYECTO

Variable		Cantidad de personas	Porcentajes %
Sexo	Femenino	176	71%
Edad	26-37	80	32%
Presencia de periodontitis	SI	99	40%
Tipo de periodontitis	Crónica	98	39%
Severidad de periodontitis	Leve	47	19%
Extensión de periodontitis	Localizada	74	29%
Presencia de Gingivitis	SI	223	90%
Presencia de enfermedad sistémica	SI	43	17%
Ingesta de medicamentos	SI	47	19%
Habito de fumar	SI	10	4%
Frecuencia de cepillado	1-2 veces	172	69%
Técnica de Cepillado	Horizontal	89	36%
Uso de enjuague	SI	51	20%
Uso de Seda	SI	24	9%

1.7.1 ANALISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

Se evaluaron 253 historia clínicas dentro de las cuales la edad de los pacientes estuvo comprendida entre los 14-85 años y el 32% estuvo en el rango de edades entre 26-37 años (TABLA 1), la enfermedad periodontal mostro mayor predominio por el sexo femenino con un 71% y el masculino un 28%(TABLA 3).

Otros factores de riesgo que tuvieron un resultado significativo para este estudio fue el habito de fumar ya que solo el 4% de los individuos estudiados lo practicaba (TABLA 11) y el 90% de las personas presentaba inflamación gingival o gingivitis (TABLA 8), podemos notar también que el 69% de todos los individuos se cepilla entre 1-2 veces por día (TABLA 13) y el 36 %utiliza la técnica Horizontal (TABLA 14).

Solo el 17% de los pacientes presento enfermedad sistémica (TABLA 9) y el 19 % hacia uso de medicamento (TABLA 10). El 40% de los individuos presento periodontitis (TABLA 4), el 39% periodontitis de tipo crónica (TABLA 5), el 19% leve (TABLA 6) y el 29% localizada (TABLA 7).

TABLAS

Variables demográficas

Sexo

<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1	Femenino	176	0,7154
2	Masculino	70	0,2846

TABLA 1

Edad

Recuento	246
Promedio	38,1423
Desviación Estándar	14,0114
Coefficiente de Variación	36,7345%
Mínimo	14,0
Máximo	81,0
Rango	67,0
Sesgo Estandarizado	3,49801
Curtosis Estandarizada	-1,09501

TABLA 2

Grupo de Edades

14-25 años	1
26-37 años	2
38-49 años	3
50-61 años	4
62-73 años	5
74-85 años	6

Descripción por grupo de edades

<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1	53	0,2154

2	80	0,3252
3	60	0,2439
4	38	0,1545
5	12	0,0488
6	3	0,0122

TABLA 3

Presencia de periodontitis

Tabla de Frecuencia para Col_4

<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1	NO	147	0,5976
2	SI	99	0,4024

TABLA 4

Tipo de periodontitis

<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1	Agresiva-Crónica	1	0,0041
2	Crónica	98	0,3984
3	NO APLICA	147	0,5976

TABLA 5

Severidad de periodontitis

<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1	Leve	47	0,1911
2	Leve, Moderada, Severa	1	0,0041
3	Leve- Moderada	3	0,0122
4	Leve-Moderada	1	0,0041
5	Leve-Moderada-Severa	1	0,0041
6	Leve-severa	1	0,0041
7	Moderada	25	0,1016
8	Moderada – Severa	1	0,0041
9	Moderada-Leve	2	0,0081
10	Moderada-Severa	2	0,0081
11	NO APLICA	147	0,5976
12	Severa	14	0,0569
13	Severa	1	0,0041

TABLA 6

Extensión

Tabla de Frecuencia para Col_7

<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia Relativa</i>
1	Generalizada	20	0,0813
3	Localizada	74	0,2967
4	Localizada- Generalizada	5	0,0163
6	NO APLICA	147	0,5976

TABLA 7

Presencia de gingivitis

Tabla de Frecuencia para Col_8

		<i>Frecuencia</i>
<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
NO	23	0,0935
SI	223	0,9024

Tipo de gingivitis asociada a placa bacteriana 80%

TABLA 8

Presencia de enfermedad sistémica

Tabla de Frecuencia para Col_11

		<i>Frecuencia</i>
<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
NO	203	0,8252
SI	43	0,1748

Enfermedades cardiacas, diabetes.

TABLA 9

Ingesta de medicamentos

Tabla de Frecuencia para Col_12

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	NO	199	0,8089
2	SI	47	0,1911

TABLA 10

Habito de fumar

Tabla de Frecuencia para Col_13

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	NO	236	0,9593
2	SI	10	0,0407

TABLA 11

Frecuencia de cepillado

Tabla de Frecuencia para Col_14

			<i>Frecuencia</i>
2	1 vez	10	0,0466
3	2 veces	162	0,6585
4	2-3 veces	5	0,0203

5	3 veces	62	0,2520
6	3-4 veces	1	0,0041
7	4 veces	4	0,0163
8	5 veces	1	0,0041
9	No Reporta	1	0,0041

TABLA 12

Frecuencia de cepillado

Se codifico 1 vez y 2 veces de cepillado como 1 y 3 veces en adelante como 2

Tabla de Frecuencia para Col_1

		<i>Frecuencia</i>
<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
0	1	0,0041
1	172	0,6992
2	73	0,2967

TABLA 13

Tipo de técnica de cepillado

Resaltar la más usada que es horizontal, luego multidireccional, combinado y vertical.

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	Barrido	10	0,0407
2	Circular	7	0,0285
3	Circular – vertical	1	0,0041
4	Circular-Horizontal	2	0,0081
5	Circular-Vertical	2	0,0081
6	Combinado	15	0,0610
7	Horizontl- Vertical	2	0,0081
8	Horizontal	89	0,3618
9	Horizontal – vertical	3	0,0122
10	Horizontal- Rotatorio	1	0,0041
11	Horizontal- Vertical	14	0,0569
12	Horizontal-Circular	1	0,0041
13	Horizontal-Vertical	15	0,0610
14	Mixto	1	0,0041
15	Multidireccional	42	0,1707
16	NO REPORTA	1	0,0041
17	Stillman	3	0,0122
18	Tecnica de Bass	3	0,0122
19	Tecnica de Stillman	1	0,0041
20	Tecnicas Combinadas	3	0,0122
21	Verical	1	0,0041
22	Vertial- Horizontal	1	0,0041
23	Vertical	15	0,0610

24	Vertical – horizontal	2	0,0081
25	Vertical- Horizontal	5	0,0203
26	Vertical-Horizontal	3	0,0122
27	Circular	1	0,0041
28	vertical-horizontal	2	0,0081

TABLA 14

Uso de enjuague

Tabla de Frecuencia para Col_3

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	NO	195	0,7927
2	SI	51	0,2073

TABLA 15

Uso de seda

Tabla de Frecuencia para Col_4

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	NO	222	0,9024
2	SI	24	0,0976

TABLA 16

1.8 CONCLUSION

La prevalencia de la enfermedad periodontal encontrada en la muestra fue del 40% la cual fue más baja que la reportada en un estudio similar que fue realizado en el año 2000 y tuvo como resultado una prevalencia de 61,01%¹⁰.

Según los resultados obtenidos en el presente estudio podemos observar una baja frecuencia de higiene bucal o deficiente, las buenas prácticas de higiene bucal están mediadas por las actitudes y la motivación que se encuentre en el entorno cultural, en donde las personas han vivido desde su niñez y que a pesar de los conocimientos que se imparten sobre un tema, estos no garantizan la apropiación de buenos hábitos higiénicos y su adopción consiente para toda la vida.

Se puede suponer que la alta carga de la enfermedad en estos individuos se presentó por la pobre apropiación de la información que reciben y su poco uso en beneficio de la salud bucal personal de cada uno de ellos.

2.0 BIBLIOGRAFÍA

- 1) Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis Chapple ILC, Van der Weijden F, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, Madianos P, Louropoulou A, Machtei E, Donos N, Greenwell H, Van Winkelhoff AJ, Eren Kuru B, Arweiler N, Teughels W, Aimetti M, Molina A, Montero E, Graziani F. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. J Clin Periodontol 2015; 42 (Suppl. 16): S71–S76. doi: 10.1111/jcpe.12366.
- 2) Anti-inflammatory effect of low level laser treatment on chronic periodontitis
- 3) Periodontal disease status and associated risk factors in patients attending a Dental Teaching Hospital in Rawalpindi, Pakistan Syed Akhtar Hussain Bokhari, Agha Mohammad Suhail,1 Abdul Razzaq Malik, Mian Farrukh Imran
- 4) IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL ENSAB IV IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL ENSAB IV
- 5) Prevalence and Severity of Oral Diseases in the Africa and Middle East Region A. Abid1 , F. Maatouk1 , L. Berrezouga2 , C. Azodo3 , O. Uti4 , H. El-Shamy5 , and A. Oginni
- 6) Epidemiology of periodontitis in the Asia and Oceania regions ESMONDE F. CORBET & W. KEUNG LEUNG
- 7) Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología Prevalence of caries and periodontal disease in students of stomatology
- 8) The periodontal disease–systemic health–infectious disease axis in developing Countries CYRIL O. ENWONWU & NATHANAEL SALAKO
- 9) Prevalence of periodontal attachment loss in a sample of adolescents aged 15-19 in Medellín, Colombia Andrés Duque 1, Mario Macrini 2, Juan Felipe Raigoza 3, Luis Gonzalo Álvarez 4
- 10) CD MSP Jorge R Hernández Pereyra, CD MSP Teresita Tello López, CD Fernando Jorge Hernández Tello, CD Raúl Rosette Moreno Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana