



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
ALUMNOS DE CUARTO AÑO
DE LA FO. UNAM. 2006**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ALI YARAM DEYANIRA CORTÉS FERNÁNDEZ

DIRECTORA: C. D. MARÍA CONCEPCIÓN ALVAREZ GARCÍA

ASESOR: C.D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

MÉXICO D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Quiero agradecer especialmente a mis padres Ramón Cortés Quiroz y María Fernández Torres por su estímulo y desinteresado apoyo a lo largo de toda mi formación académica, con el cual he salido adelante y en especial ahora, por ser parte de mi vida, y formar parte de mi inspiración para salir adelante.

A mis hermanos Nomar Alaine e Iván, gracias por estar conmigo, escucharme y apoyarme en lo que necesito en cada momento.

A la UNAM por darme la oportunidad de formar parte de esta gran universidad y a la Facultad de Odontología por haberme abierto las puertas de estudiar la carrera de Cirujano Dentista.

A la Doctora María Concepción Alvarez García por su apoyo en la realización del presente trabajo, con su colaboración, tiempo y disposición a lo largo de la investigación.

Al C.D Jesús Manuel Díaz de León Azuara al haberme brindado un espacio en el asesoramiento de la investigación y a la Maestra Magdalena Paulín Pérez por su disposición en la realización del cuestionario y revisión de la tesina.

Y a todos aquellos profesores, amigos, familiares que contribuyeron con un granito de arena en mi formación académica para llegar al fin de un ciclo e inicio de otro...



ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN.....	5
2.-ANTECEDENTES.....	6
3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	45
4.-JUSTIFICACIÓN.....	47
5.-OBJETIVOS.....	48
5.1. Objetivo General.....	48
5.2. Objetivos Específicos.....	48
6.- METODOLOGÍA.....	49
6.1. Material y método.....	49
6.2. Tipo de estudio.....	49
6.3. Población de estudio.....	49
6.4. Tamaño de la muestra.....	50
6.5. Criterios de inclusión.....	50
6.6. Criterios de exclusión.....	50
6.7. Variables.....	50
6.7.1. Definición conceptual y operacional de las variables.....	51



6.8. Recursos.....	52
6.9. Análisis de la información.....	53
6.10. Método de recolección de datos e información.....	53
7.- RESULTADOS.....	54
8.-DISCUSIÓN.....	61
9.-CONCLUSIONES.....	62
10.- FUENTES DE INFORMACIÓN.....	63
11.- ANEXO.....	66
11.1. Cuestionario.....	66



1.- INTRODUCCIÓN

Este estudio fue motivado, por la falta de información sobre la epidemiología de enfermedad periodontal en los alumnos de la facultad, y conocer las razones de porqué, los alumnos sabiendo que presentan algún problema periodontal, no se atienden o no se preocupan por tal circunstancia, aunado a que, en el aspecto teórico, sabemos lo que la origina, las causas, las consecuencias y como tratarlas.

Se buscó específicamente, identificar la frecuencia de alumnos de 4º año con gingivitis y periodontitis en la Facultad de Odontología en el periodo escolar 2005- 2006.

Dicha investigación, puede sentar las bases para estudios de alcance poblacional y a su vez, ser útil para reorientar, de ser necesario, el servicio hacia si mismo, además de dar hincapié a la importancia de la salud bucal y crear políticas de salud publica específicas en el área de prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal no solo en los pacientes que atendemos, sino también entre profesionales de la salud, en específico de los alumnos de la Facultad de Odontología.

Por esta razón la inquietud, de saber que tan frecuente es este tipo de problemas dentro de la propia Facultad de Odontología en los alumnos, que atienden a los pacientes en estas circunstancias.

2.- ANTECEDENTES

PERIODONTO

Se llama periodonto o parodonto al aparato de sostén del diente, y está formado por el cemento, el ligamento periodontal, la encía y hueso alveolar. El ligamento periodontal y la encía son tejidos blandos, el cemento y el hueso alveolar son tejidos duros por estar mineralizados.

El diente y su periodonto forman una sola unidad morfológica y funcional. Al formarse la raíz también se forma el periodonto. Funcionan en forma conjunta. Ambos dependen uno del otro, ya que existe uno en función del otro, así, al extraer un diente, el periodonto desaparece.^{1,2}

De acuerdo a la función se dividen en

- Periodonto de protección: encía
- Periodonto de inserción: ligamento, hueso alveolar, cemento.

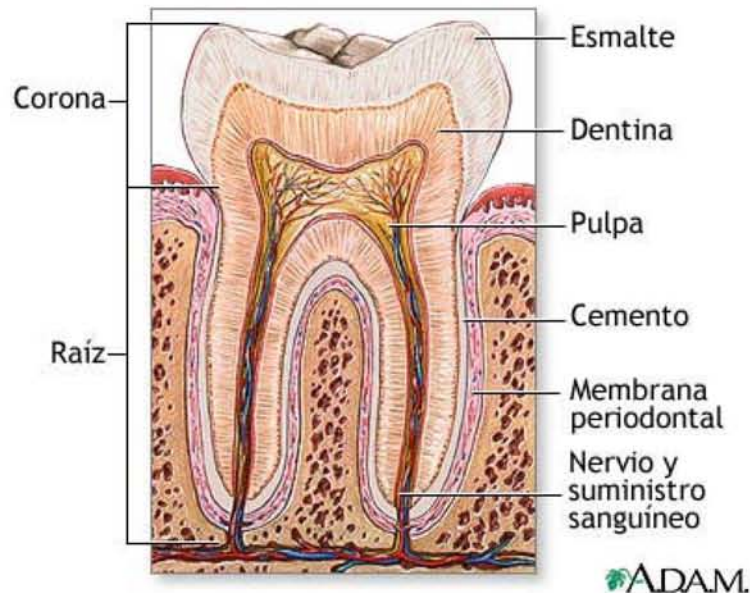


Figura 1. Estructuras del periodonto³
<http://www.prodigyweb.net.mx/sfcoops/parodoncia.htm>

La cavidad bucal es de suma importancia, al igual que el mantenimiento de la encía, los tejidos de soporte de los órganos dentarios y el resto de los tejidos de la cavidad bucal. En el caso de patologías de la encía cabe resaltar a la “Enfermedad Periodontal”, la cual es reportada como un problema de salud pública que afecta a la mayoría de la población. ⁴

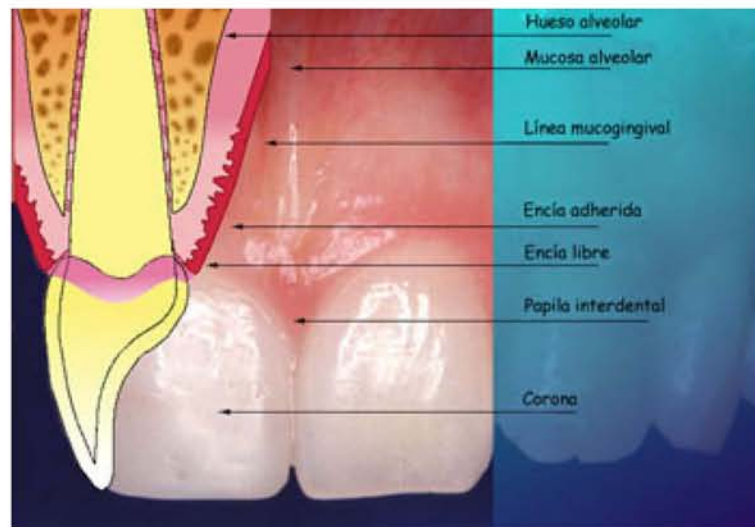


Figura 2. Estructuras clínicas del periodonto ⁴
http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_000sm.htm

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Actualmente se considera que la caries dental y las parodontopatías son dos de las principales causas de pérdida dental. ²

En el desarrollo de la enfermedad periodontal intervienen múltiples factores (hormonas, medicamentos, enfermedades generales, entre otros). ^{5,6}

La periodontitis es una enfermedad particularmente agresiva ya que va afectando progresivamente los tejidos de soporte del diente, desde los más superficiales (encía) hasta los más profundos (hueso), conduciendo a la movilidad y a la pérdida dentaria.

De acuerdo a la nueva clasificación la enfermedad periodontal se clasifica en gingivitis inducida por placa y no inducida por placa, periodontitis crónica, periodontitis agresiva, periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas, enfermedades periodontales necrotizantes, abscesos en el periodonto, periodontitis asociada con lesiones endodóncicas y deformidades del desarrollo. ^{7,8}



Figura 4. Diente sano y enfermo ⁹
<http://periodontología.com/?s=principal>



En México son pocos los estudios realizados sobre la prevalencia de enfermedad periodontal en los alumnos de Odontología^{10, 11, 12} dentro de los estudios realizados en México tenemos el de Gómez García Roberto, Lozano Peralta Obdulia y Quiróz Quintanar Maria Teresa “La salud bucal de los dentistas”¹³, el objetivo del estudio, fue el conocer el estado bucal de los CD que ejercen su profesión, se evaluaron a 60 dentistas del Valle de México (Tlalnepantla, Naucalpan, Cuautitlán y Gustavo A Madero) y se les practicó un examen clínico bucal en donde se encontró que el 46.7 requería atención dental, 40% por caries dental, 18.3 por prótesis, 41.7 para sustituir alguna obturación defectuosa, 5% por extracción y 5% para tratamiento periodontal., cabe señalar que en este estudio, las mujeres mostraron mejor cuidado bucal que los hombres.

El estudio realizado por Jorge Hernández Pereyra y col, en el estado de Yucatán, tuvo como objetivo el determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en escolares y como algunos factores se asocian con dicha enfermedad, el grupo de investigación fue de 2140 niños con un rango de edad de 6-14 años seleccionados aleatoriamente en las primarias del Estado, y se midió la higiene oral por medio del índice de higiene oral de Green y Vermillon y la severidad de la enfermedad mediante el índice periodontal de Russell y finalmente se encontró una prevalencia de la enfermedad periodontal de 61.01 en la muestra siendo mas alta en la población rural 74.18% que en la urbana 51.11%.¹⁴

El estudio epidemiológico que se realizó en México fue para conocer el índice de enfermedad periodontal en los pacientes que acuden a las clínicas de la facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, se seleccionó un grupo de 361 pacientes, de los cuales 126 fueron hombres entre 11 y 77 años y 235 mujeres de entre 12-76 años, se les aplicó el índice periodontal de Ramfjord, utilizando como datos



complementarios la placa dentobacteriana y cálculo, los resultados que se obtuvieron fueron que solo 4 pacientes (3 mujeres y 1 hombre) de los 361 presentaron un índice periodontal de 0, el 74% presentó una alta prevalencia de gingivitis IEP= 1,2,3,¹ predominando la gingivitis de moderada a severa, y el 24.9% presentaron periodontitis de leve a severa, predominando la leve. Y en este estudio los hombres tuvieron mayor prevalencia de gingivitis y periodontitis que las mujeres, de acuerdo a los resultados del estudio. Por ende se ha puesto en evidencia que la enfermedad periodontal es un verdadero problema de salud pública, tal vez con una magnitud mayor que la caries, la cual se ha tenido como la patología bucal con más alta frecuencia.¹¹

Estudios epidemiológicos de varios países muestran cifras que indican la prevalencia, los factores de riesgo y su incidencia.^{5, 15, 16,17}

La información sobre la prevalencia a partir de estudios conducidos en EU entre 1960 y 1985 confirma que es difícil evaluar y cuantificar la prevalencia exacta de la gingivitis y según los resultados obtenidos en estos estudios se puede determinar que en general aumenta con la edad.¹

En las investigaciones es de suma importancia interrogar muy bien al paciente, ya que los factores de riesgo como el consumo de cigarrillos, malos hábitos de higiene, enfermedades sistémicas, condicionan y/o predisponen al paciente a padecer de enfermedad periodontal, las cuales obtenemos por medio de una buena historia clínica^{5,18}

En comparación con países de Sudamérica y Asia, la gravedad de la enfermedad periodontal es relativamente baja, y el hecho de que la

¹ El índice de enfermedad periodontal. 0=ausencia de signos de inflamación, 1= inflamación gingival ligera a moderada, 2= gingivitis moderada a ligeramente avanzada que se extiende alrededor del cuello del diente, 3= gingivitis severa caracterizada por enrojecimiento, inflamación, tendencia al sangrado y ulceración.



periodontitis es mayor en los países subdesarrollados que en los industrializados, no son claros hoy en día como alguna vez se pensó.¹

La identificación de factores de riesgo asociado a la enfermedad periodontal con las enfermedades sistémicas son importantes ya que por la identificación de ellos se puede prevenir y detectar padecimientos en la fase subclínica mejorando el pronóstico de la enfermedad y la salud bucal.

En la investigación periodontal es difícil identificar epidemiológicamente la salud periodontal, tenemos el estudio realizado por Stoltemberg del centro de Investigación de Enfermedades Periodontales de la Universidad de Minnesota, en donde al revisar a 1090 pacientes, se encontró una variación entre la severidad de enfermedad periodontal dependiendo los hábitos de higiene y consumo de tabaco.

Otro estudio como el de Papapanou señala la importancia de la exploración del paciente con métodos eficaces para la detección temprana ya que son muchos los parámetros por los cuales se diagnostica, generalmente se toman en común los signos clínicos como son el color gingival, el contorno de la encía, el sangrado gingival, la extensión de la afección, sobre todo en la gingivitis y en cuanto a la periodontitis también se toman en cuenta las radiografías que son útiles para observar pérdida ósea y pérdida del nivel de inserción por medio del sondeo y la unión cemento esmalte.¹⁹

Un estudio realizado en pacientes jóvenes de diferentes grupos étnicos (negros, asiáticos, latinos, y norteamericanos) muestran el incremento en la prevalencia de recesiones gingivales moderadas y severas, bolsas periodontales de 4 a 6 mm y pérdida de hueso los cuales van aumentando con la edad. Estos estudios revelan que la enfermedad periodontal tiene más incidencia y extensión en personas de raza negra, con menor nivel socio cultural o que no han tenido atención dental por más de tres años y que aumenta conforme a la edad.⁵



De los estudios realizados sobre este tema, se ha demostrado que existen características de la enfermedad periodontal, que son patrones en común, como son la edad, el género, la raza entre otros.

Edad: La prevalencia de la enfermedad del periodonto aumenta de modo directo con el incremento de la edad. Esto no significa que el envejecimiento cause un aumento en la prevalencia, extensión y severidad de la enfermedad periodontal, dado que los datos descriptivos transversales sólo pueden sugerir asociaciones entre variables y no pueden demostrar relaciones causa y efecto.

Género: Los hombres exhiben de manera uniforme prevalencia y severidad de enfermedad periodontal mayor que en las mujeres.

Raza: La gente de raza negra exhibió de manera uniforme en el estudio NIDR, una prevalencia mayor que la de raza blanca.

Lugar de residencia: Son ligeramente mayores en zonas rurales que en las áreas urbanas. ¹



ENFERMEDAD PERIODONTAL UN PROBLEMA DE SALUD EN MÉXICO

Los Estados Unidos Mexicanos de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales.

Se consideran problemas de salud pública en el mundo los siguientes:

- 1.-Caries
- 2.- enfermedad periodontal
- 3.-Anomalías dentofaciales...

En 1990 la Organización Mundial de la Salud informó que solo uno de cada 10 personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados.

La enfermedad periodontal ocurre con mayor frecuencia en personas de mayor edad, junto con la caries constituyen problemas graves de salud, no sólo por su carácter destructivo, sino por las complicaciones sistémicas generadas.

En 1985 y 1989 se realizaron estudios en varios países de América Latina para determinar la situación de la salud bucal, sobre todo en relación con la caries dental y las enfermedades periodontales, que son las más frecuentes.

En México se encontró que la enfermedad periodontal en general lo constituye:

- 9% de los niños de 10-15 años y esa proporción aumenta con la edad;
- 30% de la población de 10 a 35 años,
- 97% de las personas de más de 50 años.

En Honduras los resultados que se obtuvieron fue que el 84.3 de la población presentaban signos de gingivitis y el 8.1 signos de periodontitis.

En Uruguay los padecimientos periodontales afectan a 78% de la población.

Las estadísticas varían entre las poblaciones, pero es consenso general que la enfermedad periodontal es la causa principal de la pérdida de dientes en la población adulta en todo el mundo.



La enfermedad periodontal es un problema de salud pública que afecta a la mayoría de la población entre las edades de 30 a 40 años teniendo impacto en la salud general al no ser detectada y al no poder aplicar oportunamente medidas preventivas ^{7, 10, 11, 18,19.}

El impacto en la salud general bucal es en especial determinante por la mayor prevalencia de placa dentobacteriana, cálculo, gingivitis, pérdida de soporte, movilidad dental, bolsas periodontales, y pérdida de dientes cuando no existen buenos hábitos de higiene oral entre otros factores. ^{10, 14, 15, 18, 19,20}

En décadas anteriores se consideraba que existía una relación causal directa entre la gingivitis y periodontitis, cuando no era tratado oportunamente y que solo era cuestión de tiempo para que los pacientes con gingivitis presentaran periodontitis, actualmente se considera que esto no es necesariamente cierto ¹⁰

Frecuencia de la Enfermedad Periodontal

Se considera que la enfermedad periodontal es una enfermedad de adultos, sin embargo se ha registrado a edades tempranas, así tenemos que el 9% de los niños de entre 11 y 15 años y el 4% de los niños de 13 y 15 años tienen signos de enfermedad periodontal, lo cual es alarmante. ²¹

Estudios epidemiológicos muestran que la enfermedad periodontal grave afecta a un bajo porcentaje de la población, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En contraste, la inflamación gingival (gingivitis) y las formas moderadas de la periodontitis son frecuentes en el adulto mayor. ²²

Si bien la periodontitis en sus formas más graves no es tan frecuente como antes se consideraba, el deterioro del tejido de soporte del diente es un hallazgo común en el anciano. Un estudio realizado en personas mayores de 60 años del sur del DF. mostró que sólo 6% tenía un periodonto sano, 38.4% tenía bolsas periodontales moderadas (de 4 a 5 mm), mientras que 11.7% de



la población estudiada presentaba bolsas periodontales profundas (6 o más mm).²²

Las estadísticas establecen que la frecuencia de la enfermedad periodontal en las personas blancas es del 75% y el 90% en negros.²¹

EXAMEN CLÍNICO PERIODONTAL

Para facilitar el examen clínico periodontal, registrar y cuantificar las lesiones de la enfermedad, se ha definido una serie de índices que tienen en cuenta el grado de inflamación de los tejidos gingivales, el grado de destrucción periodontal, la acumulación de placa y cálculo.²³

De todos estos índices, uno de los más útiles es el conocido como **CPITN** (Community Periodontal Index of Treatment Needs) diseñado en 1977 por un comité de expertos de la OMS con objeto de unificar criterios relacionados con el estado periodontal y la necesidad de tratamiento. Este índice tiene en cuenta los siguientes parámetros:

- presencia o ausencia de sangrado gingival en respuesta a un sondeo suave.
- presencia o ausencia de bolsas subgingivales, subdivididas en poco profundas o profundas, utilizando una sonda especial con un extremo esférico de 0,5 mm de diámetro y un área de color entre los 3.5 y 5.5 mm del extremo^{6,23}.



CPITN Grado 0

Periodonto sano. La sonda no entra más allá de los 0.5 - 1 mm correspondientes a la profundidad de un surco gingival normal

Tratamiento: mantenimiento de la salud bucal.

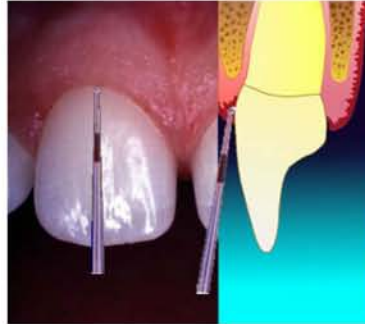


Figura 5. Periodonto sano ²⁴

http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_163sm.htm

CPITN Grado 1

Sangrado después de la palpación. El sondeo no es mayor de 3 mm

Tratamiento: La higiene bucal necesita mejorarse. Se harán visitas de mantenimiento cada 6 a 12 meses.



Figura 6. Periodonto Grado 1 ²⁴

http://www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_163sm.htm



CPITN Grado 2

Durante el sondeo se notan cálculos (bolsas de menos de 4 mm).

Tratamiento: La higiene bucal necesita mejorarse y se realiza raspado y alisado radicular con mantenimiento posterior, y tratamiento de soporte periodontal.



Figura 7. Periodonto Grado 2²⁵

http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_165sm.htm

CPITN Grado 3

Hay presencia de bolsas de 4 a 6 mm

Tratamiento: mejorar la higiene bucal, RAR y mantenimiento posterior



Figura 8. Periodonto Grado 3²⁶

http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_166sm.htm



CPITN Grado 4

Bolsas de más de 6 mm de profundidad al sondeo.

Tratamiento: Mejorar higiene bucal, RAR, plan de tratamiento quirúrgico y mantenimiento posterior



Figura 9. Periodonto Grado 4 ²⁷

http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_167sm.htm



En los estudios epidemiológicos también son útiles el índice de sangrado y placa para definir la situación Periodontal de un paciente²⁸

El índice de sangrado considera la hemorragia del surco gingival después del sondeo, así como el grado de inflamación, atribuyéndose los siguientes valores:

0 = encía normal, no hay sangrado

1 = hemorragia al sondeo, no hay cambios de aspecto

2 = hemorragia al sondeo, eritema moderado

3 = hemorragia al sondeo, eritema, edema moderado

4 = hemorragia al sondeo, eritema, edema severo

5 = hemorragia al sondeo y espontánea. Edema severo con o sin ulceraciones

A partir de estos valores se determina el índice de sangrado²⁸

$$\text{Índice de sangrado} = \frac{\text{Número de puntos sangrantes}}{\text{Número de puntos evaluados}}$$

El Índice de placa se refiere al porcentaje de superficie con placa. También se utiliza una escala de valoración de placa:

0 = no hay placa

1 = fina capa de placa en el margen gingival solo apreciable cuando se raspa

2 = Placa moderada a lo largo del margen gingival, visible a simple vista; los espacios interdientales están libres de placa

3 = Placa densa, con acumulación en el margen gingival y en los espacios interdientales

$$\text{Índice de placa} = \frac{\text{Número de áreas con placa}}{\text{Número de puntos evaluados}}$$



BOLSAS PERIODONTALES

Para el examen de las bolsas se utiliza la sonda periodontal que se debe insertar paralelamente al eje vertical del diente, desplazándola a lo largo del margen gingival. Al menos tres sondeos se hacen en cada uno de los dientes para cada uno de los lados vestibular y lingual. La sonda periodontal permite también detectar la presencia de placa o cálculo subgingival y restando la profundidad de la bolsa de la distancia entre el margen gingival y la línea mucogingival permite calcular la cantidad de encía adherida.

Mientras que en una encía sana, la sonda periodontal penetra entre 0.5 - 1 mm (profundidad del surco gingival o encía libre) en presencia de bolsa periodontal puede llegar a los 9 mm o más. En el caso de existir un absceso periodontal, el sondeo puede permitir la liberación de pus.²⁹

PERIODONTOGRAMA

El periodontograma es la ficha clínica en la que quedan reflejados los resultados más relevantes de la exploración dental y periodontal. Aunque existen varios modelos propuestos por diferentes autores, uno de los más empleados es el de la UCLA (Universidad de California. Los Ángeles). El periodontograma de la UCLA permite registrar los siguientes parámetros:

- movilidad dental: se registra la movilidad de cada diente
- sondeo: 6 medidas para cada diente
- recesión: se registran los mm de recesión de cada órgano dental.
- Los iconos permiten señalar la posición de una serie de defectos o características como son dientes con impactos, sin erupcionar, con caries, con restauraciones en buen o en mal estado, sangrado al sondeo, afectación de furca, contactos abiertos, entre otros.

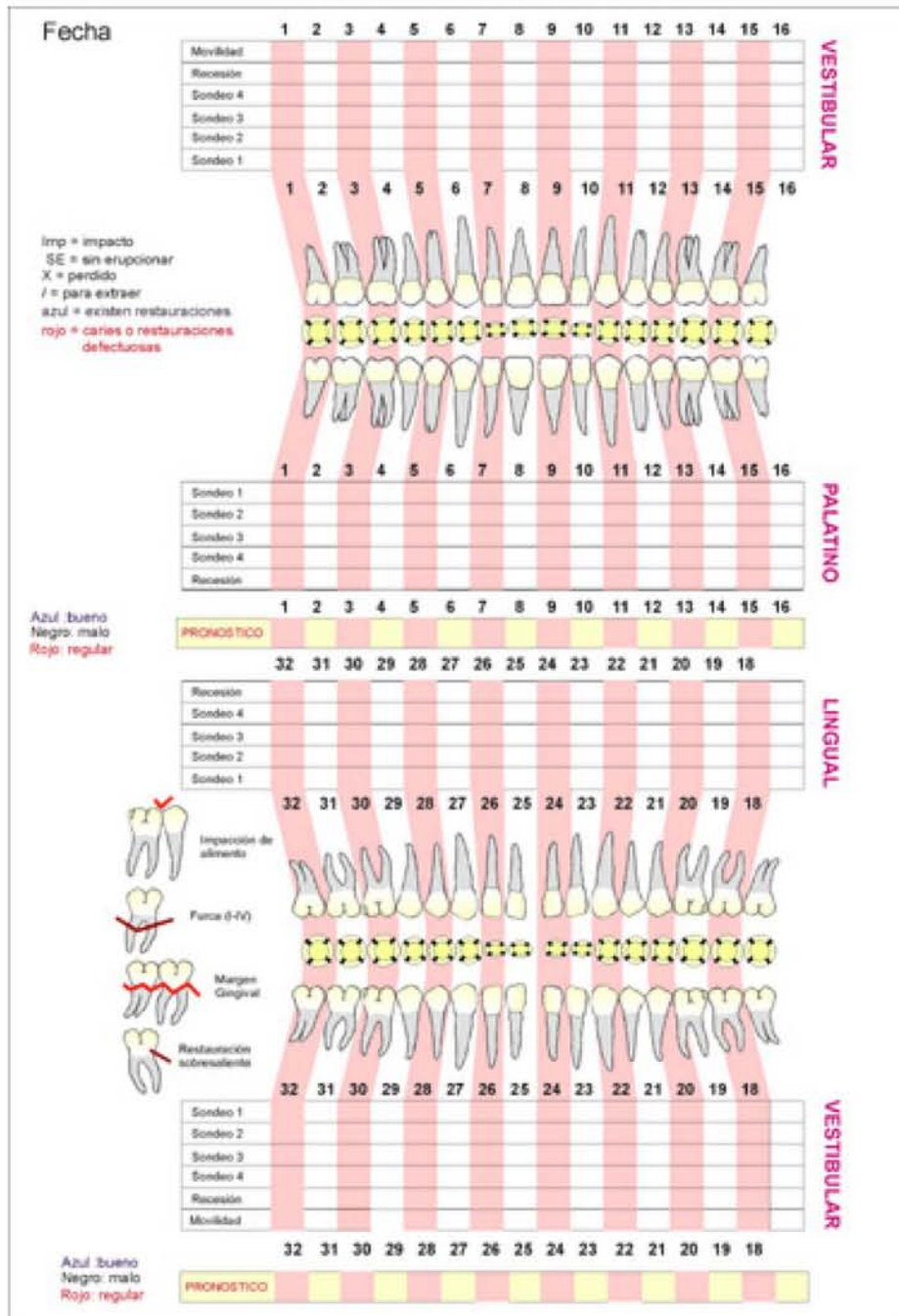


Figura 10. Periodontograma³⁰

http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_179sm.htm



MOVILIDAD DENTAL

Todos los dientes tienen un ligero grado de movilidad fisiológica, siendo más móviles los dientes uniradiculares que los multiradiculares. La movilidad dental se debe, a la elasticidad del ligamento periodontal y a la deformación del hueso alveolar en respuesta a una tensión.

El progreso de la enfermedad periodontal, con la consiguiente pérdida de hueso alveolar, ocasiona un aumento de la movilidad de los dientes. De esta forma, la movilidad dental es un parámetro útil para el diagnóstico de la enfermedad periodontal.

Grado 0 = movilidad fisiológica normal

Grado I = ligeramente más de lo normal

Grado II = moderadamente más de lo normal

grado III = movilidad grave bucolingual, mesodistal o ambos con desplazamiento vertical



Figura 11. Prueba del grado de movilidad digital ³¹
http://www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_147sm.htm



EXAMEN RADIOLÓGICO

El examen radiológico es de un gran valor en el diagnóstico de la enfermedad periodontal. En ocasiones, el examen radiológico permite detectar lesiones que no se observan clínicamente. Un examen radiológico periapical completo debe constar de un número adecuado de radiografías con ángulo y contraste adecuado (entre 10 y 20 radiografías).³² El examen radiológico permite evaluar una valiosa serie de parámetros:

- pérdida ósea producida por la enfermedad periodontal: cantidad, distribución, patrón de pérdida ósea, defectos hemiseptales
- forma y dimensiones radiculares
- relación corono-radicular
- lesiones de la furcación
- ensanchamiento del ligamento periodontal
- cálculo subgingival interproximal
- coronas y restauraciones desbordantes
- caries, fracturas, hipercementosis
- tratamientos endodónticos
- inclusiones dentarias
- patología periapical³²

MEDIDAS PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

- El control de la placa bacteriana consiste en una serie de medidas a aplicar tanto por el propio paciente como por el Cirujano Dentista, y es necesaria la cooperación del paciente, siendo su motivación un factor muy importante para el éxito del tratamiento.
- Se enseñan al paciente las técnicas de la higiene bucal y los diferentes accesorios que pueden ser utilizados: como son los cepillos dentales manuales y eléctricos, uso de hilo, y la técnica correcta de cepillado



- Curetaje cerrado , raspado y alisado radicular

Curetaje es la técnica mediante la cual el especialista elimina la pared gingival de una bolsa periodontal.

El raspado es la eliminación de los depósitos de placa y cálculo de todas las superficies dentales coronarias al epitelio de unión y el alisado es la eliminación del cemento reblandecido, así como las endotoxinas en la superficie radicular.

El raspado y alisado radicular se realiza siempre como tratamiento desinflamatorio previo a la cirugía

Las obturaciones desbordantes y las restauraciones mal ajustadas proporcionan lugares ideales para la acumulación de placa. Las caries no tratadas y las reabsorciones radiculares son también factores que favorecen la formación de placa y el desarrollo de la enfermedad periodontal.

Con frecuencia una restauración defectuosa y obturaciones desbordantes contribuyen a la acumulación de placa causando inflamación gingival y en casos más severos destrucción de los tejidos de soporte periodontal, los hábitos, maloclusiones y los traumatismos también afectan el desarrollo de la enfermedad periodontal, además de las prótesis mal ajustadas pueden ser, asimismo, factores etiológicos.³²



CLASIFICACIÓN PARA LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PERIODONCIA DE 1999.

I. Enfermedades gingivales

A.- Enfermedad por placa dental

1 Gingivitis asociada únicamente a placa

- a. Sin otros factores locales contribuyentes
- b. Con otros factores locales contribuyentes

2 Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

a. Asociadas al sistema endocrino

- 1) en la pubertad
- 2) en el ciclo menstrual
- 3) en el embarazo
 - a) Gingivitis
 - b) Granuloma piógeno
- 4) Gingivitis en Diabetes Mellitus

b. Asociadas a discrasias sanguíneas

- 1) Gingivitis en la leucemia
- 2) otras...



3 Enfermedades gingivales influenciadas por medicación

a. Influenciada por drogas

- 1) Agrandamientos gingivales inducidos por drogas
- 2) Gingivitis influenciada por drogas

b. Influenciada por anticonceptivos

c. otros

4 Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición

a. Gingivitis por deficiencia de ac. Ascórbico

b. otros

B.- Enfermedades gingivales no asociadas a la placa

1 Lesiones originadas por bacterias específicas

- a. Neisseria Gonorrea
- b. Treponema Pallidum
- c. Streptococcus.
- d. otras variedades

2 Enfermedad gingival de origen viral

a. Infecciones por Herpes

- 1) Gingivoestomatitis primaria
- 2) Herpes oral recurrente
- 3) Varicela-zoster

b. otras



3 Enfermedad gingival de origen fúngico

- a. Infecciones por Candida.
 - 1) Candidiasis gingival generalizada
- b. Eritema gingival lineal
- c. Histoplasmosis
- d. otras

4 Lesiones gingivales de origen genético

- a. Fibromatosis gingival hereditaria
- b. otras

5 Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas

- a. Desórdenes mucocutáneos
 - 1) Liquen plano
 - 2) Penfigoide
 - 3) Pénfigo vulgar
 - 4) Eritema multiforme
 - 5) Lupus eritematoso
 - 6) Inducido por drogas
 - 7) otros
- b. Reacciones alérgicas
 - 1) Materiales dentales
 - a) Mercurio
 - b) Níquel



c) Acrílico

d) otros

2) Reacciones atribuibles a:

a) Dentífricos

b) Enjuagues bucales

c) Aditivos del chicle

d) Alimentos y aditivos

3) otros

6 Lesiones traumáticas (iatrogénicas, accidentales, incidentales)

a. Químicas

b. Físicas

c. Térmica

7 Reacciones a cuerpo extraño

8 No especificadas (NES)

II.- Periodontitis crónica

A.- Localizada

B.- Generalizada

III.- Periodontitis agresiva

A.- Localizada

B.- Generalizada



IV.- Periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas

A.- Asociada con desordenes hematológicos

1. Neutropenia adquirida
2. Leucemias
3. Otras

B.- Asociada con desórdenes genéticos

1. Neutropenia cíclica y familiar
2. Síndrome de Down
3. Síndrome de deficiencia de adherencia de leucocitos
4. Síndrome de Papillon-Lefevre
5. Síndrome de Chediak-Higashi
6. Síndrome de histiocitosis
7. Enfermedad de almacenamiento de glucógeno
8. Agranulocitosis genética infantil
9. Síndrome de Cohen
10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipo IV y VII)
11. Hipofosfatasia
12. Otras

C.- No especificadas (NES)

V.- Enfermedades periodontales necrotisantes

A.- Gingivitis Ulcerativa Necrosante (GUN)

B.-Periodontitis Ulcerativa Necrosante (PUN)



VI.- Abscesos en el periodonto

A.- Absceso gingival

B.- Absceso periodontal

C.- Absceso pericoronal

VII.- Periodontitis asociadas con lesiones endodónticas

A.- Lesión combinada endoperiodontal

VIII.- Deformidades y condiciones del desarrollo y adquiridas

A.-Factores localizados al diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen enfermedad gingival y periodontitis

1. Factores de la anatomía dentaria
2. Restauraciones y aparatos dentales
3. Fracturas radiculares
4. Resorción radicular cervical y fisuras cementarias

B.-Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente

1. Recesión gingival y de tejidos blandos
 - a. superficies vestibulares y linguales
 - b. interproximal o papilar
2. Falta de encía queratinizada
3. Vestíbulo poco profundo
4. Posición aberrante de frenillo / muscular



5. Excesos gingivales
 - a. bolsa gingival (pseudobolsa)
 - b. margen gingival inconsistente
 - c. despliegue gingival excesivo
 - d. agrandamientos gingivales
6. Coloración anormal

C.-Deformidades mucogingivales y condiciones de procesos edéntulos

1. Deficiencia horizontal / vertical del proceso
2. Falta de tejido gingival queratinizado
3. Agrandamiento de tejidos blandos/gingivales
4. Posición aberrante de frenillo /muscular
5. Vestíbulo poco profundo
6. Coloración anormal

D.- Trauma oclusal

1. Trauma oclusal primario
2. Trauma oclusal secundario



GINGIVITIS

La enfermedad inflamatoria de la encía, es progresiva y reversible, se caracteriza por los signos inflamatorios: enrojecimiento, tumefacción, sangrado, exudado.²⁰ Generalmente es afectada la encía marginal. El color empieza a cambiar, haciéndose mas rojo, aumenta de volumen, principalmente en las papilas. Hay un exudado inflamatorio que fluye del surco gingival a la cavidad oral, llamado fluido crevicular, el paciente presenta sangrado al cepillado, mal sabor de boca y halitosis. Si la gingivitis evoluciona comienza la destrucción del ligamento periodontal y hueso adyacente, reduciendo el soporte dental (periodontitis)³³

Cambios clínicos que permiten diagnosticar gingivitis

- Color: puede ir desde un rosado más intenso, pasar por rojo o ser azulado violáceo. Esto depende del grosor del epitelio, la queratina desaparece, los vasos están dilatados. Además este color rojo se ve brillante, porque la queratina da la opacidad a la encía. Si la inflamación es muy crónica, habrá éxtasis, con color rosáceo azulado.
- Consistencia: blanda, porque disminuyen las fibras colágenas; además hay edema.
- Textura: sigue siendo lisa. La encía insertada y la papilar presentan puntilleo, que se pierde por el edema al igual que la interdigitación del epitelio en el tejido conectivo. En la encía marginal no hay cambios.
- Forma: termina en forma de bisel de 45° o en forma de filo de cuchillo. Esto se pierde, se hace más redondeada por edema y aumento de volumen.
- Posición: la encía aumenta de volumen hacia coronal.
- El aumento de volumen produce una profundización del surco y como consecuencia una bolsa gingival²⁰



Clasificación

Pueden ser clasificadas como inflamatorias, traumáticas o degenerativas y por factores sistémicos.²⁰

Inflamatoria

- Marginal localizada o generalizada
- Papilar localizada o generalizada

Las características clínicas pueden variar en diferentes pacientes por tal motivo se divide como:

Extensión de la lesión: localizada o generalizada

Distribución de las lesiones: papilar, marginal o adherida

Estado de inflamación: aguda o crónica²⁰

Etiología

La enfermedad periodontal puede considerarse sobre la base de factores indicadores y modificadores, ambos grupos pueden ser divididos en factores de origen intrínseco y extrínseco.³³

En los factores indicadores extrínsecos de la enfermedad periodontal crónica incluyen principalmente, la placa dental y su flora microbiana.

Los factores intrínsecos son asociados a enfermedades periodontales, dichas enfermedades incluyen la diabetes no controlada, la leucemia, las deficiencias nutricionales, cambios endocrinos en el embarazo, pubertad, y estrés³³

Debe tenerse en cuenta que además de la presencia de la placa bacteriana para el desarrollo de esta enfermedad y otros factores como: las deficiencias nutricionales, exposición a tóxicos, estrés emocional y el impacto complejo de las influencias sociales, pueden modificarla.³⁴

Tratamiento

Terapia básica (técnica de cepillado y uso de auxiliares para la higiene oral) y reevaluación mínimo a las seis semanas.

Al desaparecer los signos de inflamación hay ausencia de sangrado al sondeo, y si además el paciente maneja niveles de placa entre el 10 y 15% y el color y aspecto son normales, el paciente puede ingresar a la etapa de mantenimiento ^{33,35}



Figura 12. Gingivitis clínica ³⁶

<http://www.geodental.net/modules.php?name=Recursos&mop=espec&ies=Periodoncia>

Características de todas las enfermedades gingivales

- Signos y síntomas que es confinada a la encía
- Presencia de placa que inicia o exagera la lesión
- Signos clínicos de inflamación
- Signos y síntomas clínicos asociados con los niveles de inserción.



Características de la gingivitis asociada a placa

- Placa presente en el margen gingival
- Cambio en el color y contorno
- Presencia de sangrado
- No hay pérdida ósea
- Cambios histológicos de la encía

Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (mediados por hormonas esteroides)

Estos procesos se caracterizan por una marcada respuesta inflamatoria y eritema.

La gingivitis de la pubertad es la exacerbación de la inflamación gingival por cambios en niveles hormonales, en presencia de poca o nula placa bacteriana, se suele estabilizar en una etapa tardía de la adolescencia y cualquier factor local, tienden a combinarse para agravar la gingivitis, y el tratamiento es necesariamente de naturaleza local, mediante tartrectomía si es preciso e instrucciones de higiene oral.

Características asociadas a la pubertad

- Placa en el margen gingival
- Respuesta inflamatoria de la encía
- Color de la encía anormal
- Aumento de volumen
- Sangrado al estímulo
- No hay pérdida de soporte óseo



Características de la gingivitis asociada al ciclo menstrual

- Se asocia con hormonas sexuales femeninas, los niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropina se elevan durante la ovulación.
- Placa en el margen gingival
- Aumento de volumen
- Inflamación y sangrado
- Exudado

Características de la gingivitis asociada al embarazo

- Inicio en el 2º o 3er trimestre
- Inflamación
- Puede desarrollarse granuloma piógeno
- Encía edematosa, coloración roja, sangrado espontáneo, hiperplasia gingival, movilidad dental, y profundidad de bolsa.

Características de la gingivitis asociada a anticonceptivos

- Exudado
- Aumento de volumen
- Sangrado

Características de la gingivitis asociada a diabetes

- Placa en el margen gingival
- Respuesta inflamatoria
- Sangrado y exudado
- No hay pérdida ósea.



Características de la gingivitis asociada a leucemia

- Severa inflamación
- Aumento de volumen en papila interdental.
- Edema, sangrado espontáneo.

Hiperplasia gingival inducida por fármacos

Los tres agentes farmacológicos que con mayor frecuencia influyen sobre la proliferación de los fibroblastos gingivales son fenitoína, ciclosporina, y nifedipina y la existencia de placa dental bacteriana aumenta la severidad de la hiperplasia.³⁵

El agrandamiento gingival con fenitoína y nifedipina son clínicamente observables y similares, tienden a comenzar en la zona interdental, afectando papila hasta progresar cubriendo la corona, el crecimiento es difuso, firme, y de tipo lobular esos cambios suelen ser variables, y la proliferación parece más severa en pacientes que no mantienen una buena higiene oral.

En la hiperplasia inducida por la ciclosporina la encía suele adquirir un aspecto multinodular en papilas.



PERIODONTITIS

La periodontitis es una enfermedad crónica caracterizada por la inflamación gingival, presencia formación de bolsas periodontales, sangrado, supuración, movilidad dentaria, resorción de hueso y finalmente la pérdida dentaria.³⁷

Periodontitis crónica

Anteriormente llamada Periodontitis crónica del adulto, sin embargo se ha podido comprobar que en este tipo de enfermedad puede detectarse en pacientes jóvenes y adolescentes, razón por la cual se decidió descartar el término “adulto”.³⁸

En adultos la prevalencia de pérdida ósea oscila entre el 3 y 47% y muchas veces se asocia a la presencia de otro factor causal, como caries, impactación alimenticia, y restauraciones mal ajustadas.³⁸

Clásicamente se describe como un proceso de progresión lenta, aunque se ha descrito episodios de evolución rápida.

La periodontitis crónica evoluciona con pérdida de inserción y de hueso alveolar, presencia de bolsas periodontales, inflamación gingival y en estadios avanzados podrían aparecer abscesos periodontales, recesión gingival, aumento de movilidad, migración patológica, y finalmente pérdida dental.

En función de la extensión de la afectación, es posible clasificar a la periodontitis crónica en:

- Localizada: cuando afecta al 30% o menos de sitios sondeados.
- Generalizada: cuando afecta a más del 30% de sitios sondeados.³⁸

De acuerdo a la pérdida de inserción se clasifica en:

- Leve: cuando la pérdida de inserción es de 1-2 mm
- Moderada: cuando la pérdida de inserción es de 3-4 mm
- Severa: cuando la pérdida de inserción es > 5 mm



Periodontitis agresiva

Desde el inicio de la dentición mixta, la prevalencia en raza blanca es del 0.1%, mientras que en raza negra es del 2.6%, la forma localizada es cuatro veces más frecuente que la generalizada, y en raza blanca es más frecuente en el sexo femenino.

La periodontitis agresiva incluye las entidades anteriormente clasificadas como periodontitis de comienzo temprano (prepuberal, juvenil, y de rápida progresión). Ya que se caracterizan por una rápida pérdida de inserción, destrucción ósea y anormalidades fagocíticas.

A pesar del grado de destrucción de los tejidos de soporte del diente, no es posible encontrar grandes cantidades de placa y cálculo que justifiquen la gran afectación.

Se ha mencionado que existe cierta tendencia familiar a padecer este proceso, por lo que actualmente se hallan en estudio, posibles implicaciones genéticas.³⁸

Tomando en cuenta los sitios afectados la periodontitis agresiva se clasifica en: localizada y generalizada

Periodontitis agresiva localizada

Afecta a personas menores de 30 años. Suele iniciarse alrededor de la pubertad, con la aparición de defectos periodontales localizados en primeros molares e incisivos, con la presencia de al menos dos localizaciones con pérdida de inserción mayor o igual a 4mm, una de las cuales debe ser un primer molar, y normalmente con un patrón de afectación simétrico y no deben encontrarse afectados más de otros dientes y microbiológicamente es destacada la presencia de *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*³⁸

Figura 13. Clasificación de la Periodontitis crónica³⁹

<http://www.geodental.net/modules.php?name=Recursos&mop=espec&ies=Periodoncia>



Periodontitis agresiva generalizada

Es un proceso similar a la periodontitis agresiva localizada, ya que presenta una pérdida de inserción generalizada que afecta al menos tres dientes, además de los primeros molares e incisivos.

La destrucción de los tejidos de soporte periodontal se producen en brotes agudos de progresión rápida y microbiológicamente se encuentran *A. Actinomycetemcomitans* y *Porphyromonas gingivalis*.

Tratamiento:

Eliminar el agente microbiológico etiológico pero, debido a la gran complejidad de estos procesos en relación con factores sistémicos, defectos inmunitarios y flora microbiana; el control de la enfermedad no será un objetivo posible en todos los casos, por lo que deberíamos conformarnos con un enlentecimiento de la velocidad de progresión de la periodontitis.³⁸



Enfermedades necrotizantes

La gingivitis ulceronecrosante (GUN) y la periodontitis ulceronecrosante (PUN) aparecen con una frecuencia variable según estudios, alrededor del 6% en países industrializados y algo más alta en áreas subdesarrolladas. Los hallazgos clínicos más significativos en el diagnóstico son la presencia de necrosis gingival caracterizada por papilas necrosadas, sangrado gingival y ulceración pseudomembranosa asociada a dolor gingival agudo y aliento fétido.

Mientras que en la GUN la afección se limita a tejido gingival, en la PUN es una infección caracterizada por necrosis de la encía, ligamento periodontal y hueso alveolar.

Los sitios afectados albergan elevadas concentraciones de *Prevotella intermedia* y espiroquetas.

El tratamiento incluye curetaje cerrado o abierto, terapia antimicrobiana y las medidas de higiene oral adecuadas.³⁸

Problemas mucogingivales

Se definen como una desviación de la relación anatómica normal entre el margen gingival y la unión mucogingival. Pueden ser congénitos, del desarrollo o adquiridos: localizados en tejidos blandos o asociados a defectos del tejido subyacente. el grado de afectación en cada paciente es muy variable. No siempre están asociados a la presencia de placa dental.

A menudo provocan alteraciones en la función y estética del periodonto.

Los problemas mucogingivales más frecuentes son las recesiones o migraciones apicales del margen gingival, su localización más frecuente en adultos es en caninos, premolares y primeros molares en vestibular.³⁸



ACTITUD

El término es importante al no ser un término exclusivo de ninguna escuela, aplicable y flexible a cualquier individuo y por pensarse que las actitudes condicionan la conducta.⁴⁰

Ortega Ruiz en 1986 menciona que se sorprende de la poca atención prestada por la Pedagogía a este concepto, atribuyendo a que en sí es difícil evaluar las actitudes.

Allport citado por Anderson L,W en 1989, Ajzen y Fishbein en 1973, se refieren a la actitud como el concepto más distintivo de la psicología social, también señalan que es ambiguo y que existe falta de acuerdo en su definición atribuida a la similitud con otros conceptos como creencias, valores, motivos, opiniones, entre otros.⁴⁰

Allport la describía como un estado mental y neural de preparación para la respuesta, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia direccional y/o dinámica sobre la conducta del individuo hacia objetos y situaciones con que se relaciona.

Para Krech en 1978 una actitud es un sistema más o menos duradero de valoraciones positivas o negativas, estados emotivos y tendencias a actuar en pro o en contra, con respecto a un objeto social.

Fishbein y Ajzen en 1973 y 1975 respectivamente la definen como una predisposición aprendida a responder de una manera favorable o desfavorable.

De todas las definiciones se pueden mencionar que las características en general de la actitud son:



- Predisposición a actuar
- Aprendida
- Dirigida hacia un objeto, persona o situación.
- Incluye dimensiones cognitivas, afectivas y eventualmente conductuales.

La actitud hacia la participación en salud sería una predisposición del individuo, mantenida en el tiempo y no es la conducta misma, sino un sentimiento favorable o desfavorable, un estar de acuerdo o en desacuerdo con algo o alguien, que le predispone a actuar en ese sentido y que la persona ha ido aprendiendo por la experiencia a lo largo de su vida.

Actitud hacia la participación comunitaria en salud según sexos.

Los datos no muestran diferencias significativas ni para datos globales ni por zonas, lo cierto es que, en ámbitos de la vida social, como la política Triandis en 1974 menciona que los estudios sugieren que las mujeres no son muy participativas en el ámbito político y son más influenciables que los hombres. Sin embargo en cuanto a participación en salud, Dean en 1989 encuentra que es el sexo lo que más influye en las percepciones y conducta de salud (aunque bien es cierto que sin grandes diferencias), señalando que la mujer es más sensible al autocuidado, explicándolo por estar socializada en modelos más conservadores, estando más pendiente del cuidado y salud de la familia.

Actitud hacia la participación comunitaria en salud según edades.

Tiene una relación inversa con la edad, los jóvenes tienen una actitud más participativa que los mayores, siendo las estadísticas significativas.



Actitud hacia la participación comunitaria en salud según el nivel de estudios.

Situándose los universitarios en el primer lugar de actitudes favorables y a continuación bachillerato, primaria, y en último lugar los analfabetas, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre todos estos grupos. Stone en 1992 menciona que a mayor nivel de estudios mayor actitud participativa.

San Martín H. en 1984 dice que el nivel de salud de la gente esta en relación con el nivel de participación y que este, a su vez, lo está con el nivel de cultura y educación.

Actitud hacia la participación comunitaria en salud según profesiones

Las personas con profesiones universitarias tienen una actitud más participativa y los profesores tienen una situación parecida, resultando las amas de casa y los jubilados los grupos con actitudes menos favorables hacia la participación en salud.⁴⁰



3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al buscar en la base de datos Medline y Ovid, se encontró una total carencia de trabajos recientes, orientados a explorar las condiciones de salud bucal entre los Odontólogos.

Los pacientes reciben los mensajes más significativos, al observar los hábitos, actitudes, y condiciones de salud de quienes los atienden, pasando las palabras a segundo plano, así, lo que los pacientes perciben de sus Odontólogos, es especialmente relevante, porque puede fortalecer o contradecir los mensajes verbales y las recomendaciones que se realizan.

Es claro que una actitud congruente entre las palabras y los hechos, es el mejor medio de comunicación, por lo que la salud bucal de los odontólogos es una condición imprescindible para que el paciente pueda apreciar la importancia del cuidado de la salud periodontal.

La importancia de este estudio, nos permite conocer la salud periodontal de los alumnos, con respecto a la formación, ejercicio y recomendaciones profesionales que transmiten a los pacientes, y así tomar en cuenta estos puntos para nosotros mismos.

Cabe señalar que existen factores de riesgo que aumentan la predisposición a presentar enfermedad periodontal, como son: Aparatología de ortodoncia, malposición dental, inadecuada higiene bucal, y malos hábitos alimenticios, entre otros, ya que hay alumnos de la FO que presentan estos factores que predisponen a la acumulación de placa, sobre todo si no existen buenos hábitos de higiene bucal.



Actualmente en la Facultad de Odontología, no se han realizado estudios sobre la prevalencia de enfermedad periodontal en los alumnos de 4º año de la FO/ UNAM, y la actitud que tienen ante ella, los cuales estando en una posición de odontólogos, cuando atienden a pacientes remarcan la importancia de la prevención y el control de la enfermedad periodontal, por tanto se plantean las siguientes preguntas:

¿Cuántos alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAM de 4º año presentan algún problema periodontal?

¿Cuál es la actitud del alumno si sabe, que tiene algún problema periodontal?



4.- JUSTIFICACIÓN

La investigación es conveniente desde el punto de vista epidemiológico, ya que aportará datos interesantes sobre la prevalencia de enfermedad periodontal, y la actitud del alumno hacia la enfermedad si sabe, la tiene, la Facultad no ha reportado hasta hoy, datos estadísticos referentes a los temas, sobre todo en alumnos de 4º año de la FO, en México son pocos los estudios realizados por lo que es importante realizar la investigación.

Al establecer la frecuencia de enfermedad periodontal con los resultados obtenidos, se podrá reiterar la información relacionada con la promoción de la salud y protección específica, relacionada a la enfermedad periodontal.

Es frecuente, que nuestro perfil esté encaminado a lo restaurativo y quirúrgico, olvidándonos de los dos primeros niveles de prevención (promoción y protección de la salud) que es aquí, donde se puede evitar que la enfermedad se desarrolle, para así fortalecer dentro de la misma institución la importancia del diagnóstico, prevención y control de la enfermedad periodontal, no sólo de los pacientes externos, sino también hacia nosotros mismos



5.- OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) en los alumnos de 4º año de la FO/ UNAM del turno matutino y vespertino.

5.2. Objetivos específicos

Conocer la prevalencia de gingivitis por edad y sexo, con base en la información obtenida del cuestionario en los alumnos que realizaron el preclínico de Periodoncia.

Conocer la prevalencia de periodontitis por edad y sexo con base en la información obtenida del cuestionario en los alumnos que realizaron el preclínico de Periodoncia.

Conocer la actitud, por la cual el alumno no lleva a cabo su tratamiento, por medio de las respuestas obtenidas del cuestionario.



6.- METODOLOGÍA

6.1. Material y método

Se realizó un cuestionario (anexo) en el cual, las preguntas se relacionan al cuidado de higiene bucal, que tienen los alumnos de la Facultad de Odontología, así como para conocer la prevalencia de la enfermedad periodontal, y las razones de porqué ya diagnosticados, no se tratan, aún sabiendo las consecuencias.

El cuestionario fue aplicado a alumnos de cuarto año de la FO/UNAM de ambos turnos, que realizaron en su tercer año, su preclínico de Periodoncia, en el cual se sondearon, se revisaron periodontalmente y obtuvieron su diagnóstico periodontal, siendo los grupos de estudio el (4001, 4004, 4006, 4008, 4012, y 4014).

A cada grupo se le explicó el objetivo del estudio, previo consentimiento, se les solicitó su colaboración al contestar, anónima y sinceramente el cuestionario, el cual constó de 17 preguntas abiertas y cerradas.

La información obtenida fue vaciada para su análisis, en una base de datos en Excel, y los resultados se presentaron en términos porcentuales.

6.2. Tipo de estudio

Por las características del presente estudio, es de tipo descriptivo, transversal y observacional.

6.3. Población de estudio

Alumnos de 4º año de la Facultad de Odontología 3 grupos del turno matutino y 3 grupos del turno vespertino.



6.4. Tamaño de la muestra

Se seleccionaron 6 grupos de 4^o año de la F.O, 3 del turno matutino y 3 del vespertino que realizaron preclínico de la asignatura de Periodoncia, siendo un total de 167 alumnos encuestados, sólo 151 llevaron a cabo el preclínico de Periodoncia.

6.5. Criterios de inclusión

Alumnos de 4^o año que realizaron su preclínico de Periodoncia en tercer año, tanto del turno matutino como vespertino de cualquier edad y sexo.

Alumnos recursadores de 4^o año que si realizaron su preclínico en tercer año, y que cursen en los grupos objeto de estudio.

6.6. Criterios de exclusión

Alumnos que no realizaron su preclínico de Periodoncia en 3er año y que actualmente cursen el 4^o año.

Alumnos que no deseen participar en el estudio.

6.7. Variables

Dependientes

- Diagnóstico

Independientes

- Realización del preclínico de Periodoncia



6.7.1. Definición conceptual y operacional de las variables.

- Actitud

Tendencia a reaccionar de una manera positiva o negativa ante otros individuos, instituciones o programas de actividades.

Escala de medición (nominal)

- Prevalencia

Número de casos que están presentes en una población en un momento dado.

Escala de medición (razón)

- Preclínico de Periodoncia

Periodo en el cual los alumnos realizaron entre ellos una revisión periodontal, que incluyó nivel de sondeo, grado de movilidad, inspección clínica periodontal, por medio del cual obtuvieron su diagnóstico periodontal, y su plan de tratamiento.

Escala de medición (nominal)

- Edad:

Se tomó en cuenta la edad cumplida en años reportada en el cuestionario.

Escala de medición (razón)

- Sexo: Masculino y Femenino

Escala de medición (nominal)

- Gingivitis

Escala de medición (nominal)



- Periodontitis

Escala de medición (nominal)

- Problema mucogingival

Escala de medición (nominal)

- Agrandamiento gingival

Hiperplasia de tejido gingival, puede producirse como resultado de una lesión inflamatoria o hiperplasia fibrosa causada por irritación, por factores mecánicos, químicos, por procesos patológicos localizados o generales.

Escala de medición (nominal)

6.8. Recursos:

- Humanos

- Un director de tesina
- Un asesor
- Pasante de la carrera de Cirujano Dentista

- Materiales

- Cuestionario para conocer actitud y prevalencia de enfermedad periodontal en los alumnos.
- Plumas, gomas, lápices.

- Financieros

- Éstas corren por cuenta del tesista.



6.9. Análisis de la información

La información obtenida del cuestionario, fue capturada en una base de datos elaborada en Excel, donde se reportaron las variables del diagnóstico (Gingivitis, Periodontitis, Agrandamiento gingival, problema mucogingival, o clínicamente sano) por edad y sexo.

De los 167 alumnos encuestados, 22 alumnos no se han tratado sabiendo que tienen algún problema periodontal, en esta investigación se dio a conocer la actitud y los motivos de porque no lo han hecho. Y de los 167 alumnos 16 no realizaron el preclínico de Periodoncia.

Se recolectaron los datos en tablas y gráficas, se organizaron y analizaron por medio de estadística descriptiva para obtener los resultados.

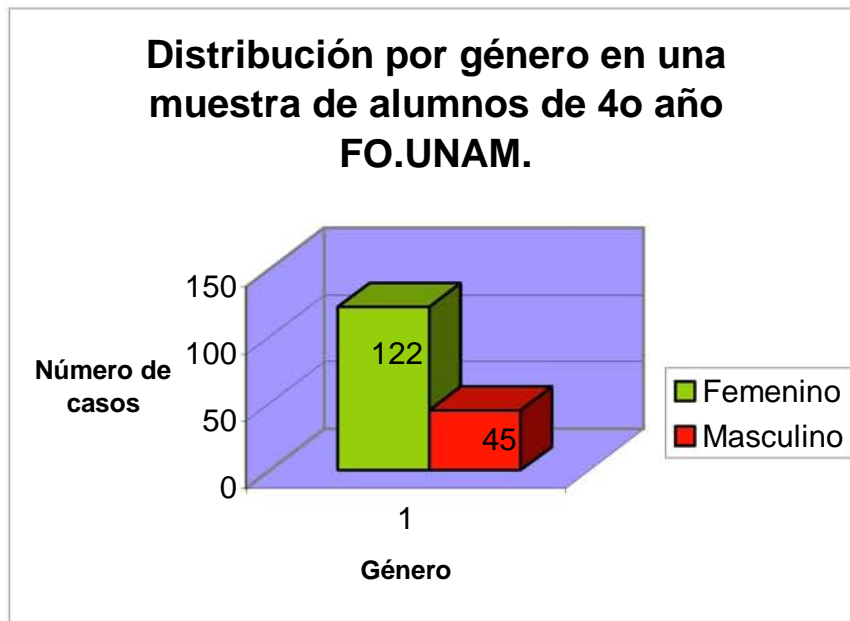
6.10. Método de recolección de datos

Se realizó una encuesta a los alumnos de 4^o año de la FO.UNAM, que llevaron a cabo el preclínico de Periodoncia en el tercer año, con un total de 167 alumnos, de los cuales 14 no realizaron el preclínico de Periodoncia, de éstos se seleccionaron los alumnos con enfermedad periodontal, siendo un total de 45 y los alumnos que no se trataron sabiendo su diagnóstico fue de 22.



7.- RESULTADOS

Grafica 1.



Fuente directa. Distribución por género de los alumnos de cuarto año FO.UNAM

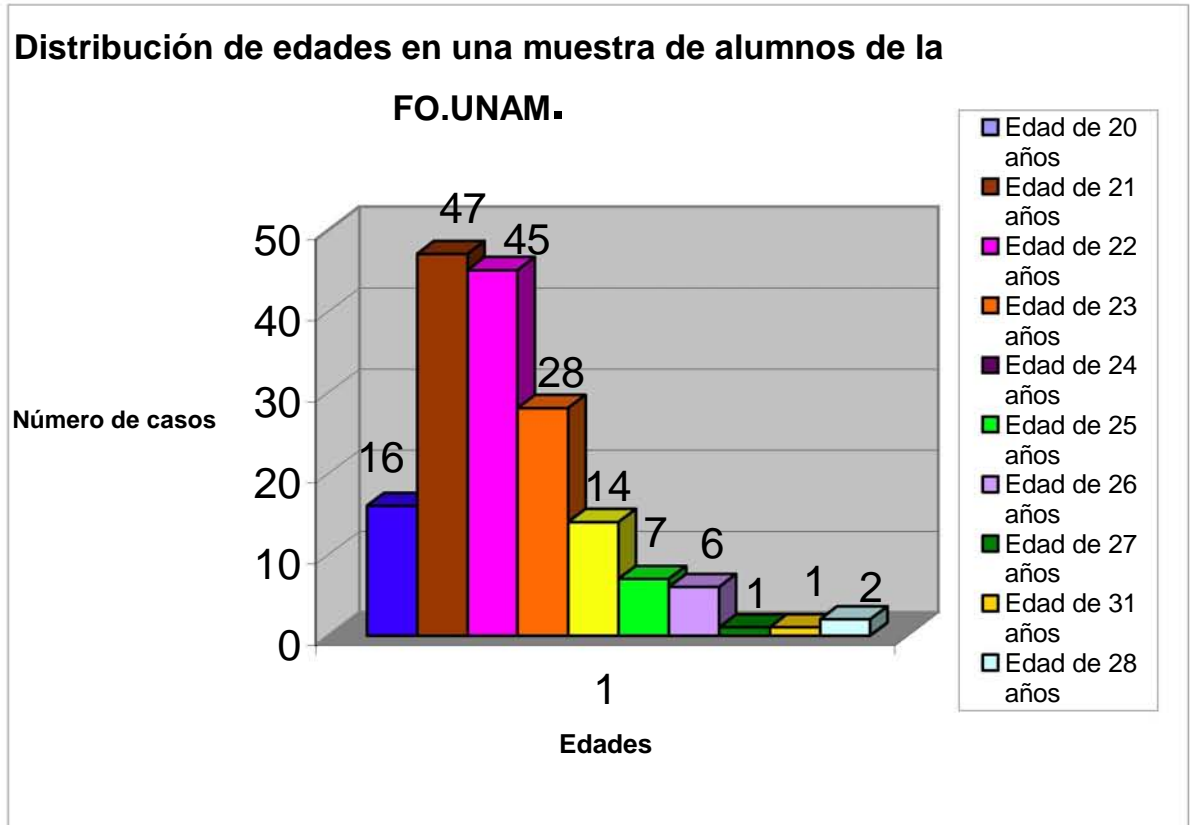
Masculino	45 alumnos	27%
Femenino	122 alumnos	73%
Total	167 alumnos	100 %

Se encuestó a 167 alumnos de la FO de la UNAM, de los cuáles 122 (73%) de ellos fueron del sexo Femenino y 45 (27%) del sexo masculino.

Todos ellos de forma directa contestaron el cuestionario, previo consentimiento y de forma anónima (Gráfica 1)



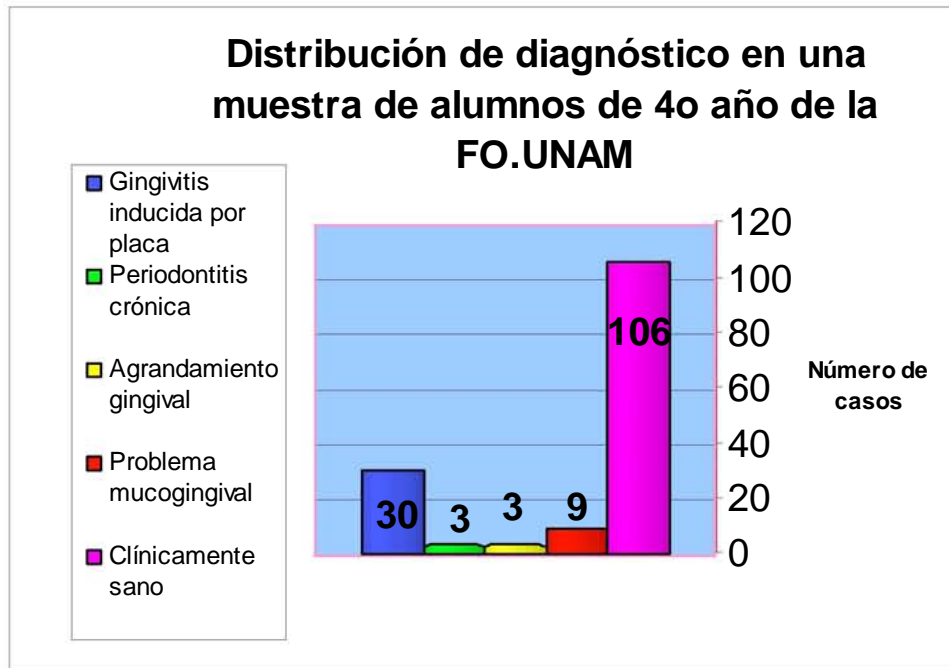
Gráfica 2.



Fuente directa. Distribución de edades de los alumnos de la FO.UNAM (Gráfica 2)

Edad	Número de alumnos	%
20	16	9.6
21	47	28
22	45	27
23	28	17
24	14	8.4
25	7	4.2
26	6	3.6
27	1	0.5
28	2	1.2
31	1	0.5

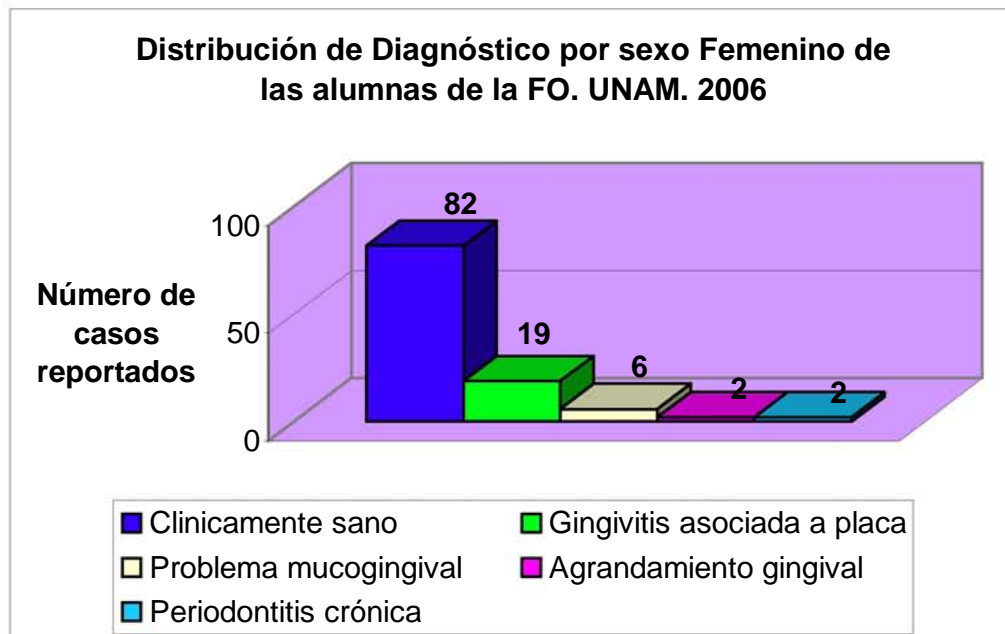
El rango de edad de los alumnos fue entre 20 y 31 años, siendo la casilla de 21 años con 47 alumnos (28%) la más frecuente y la menos frecuente fue la edad de 31 y 27 años con sólo un alumno por casilla (0.5%) (Gráfica 2).



Fuente directa. Distribución de diagnóstico en los alumnos de cuarto año de la FO.UNAM (Gráfico 3)

Diagnóstico	Número de pacientes	%
Gingivitis por placa	30	18
Periodontitis crónica	3	1.8
Agrandamiento gingival	3	1.8
Problema mucogingival	9	5.4
Clínicamente sano	106	63.5
No tuvieron preclínico	16	9.6
TOTAL	167	100%

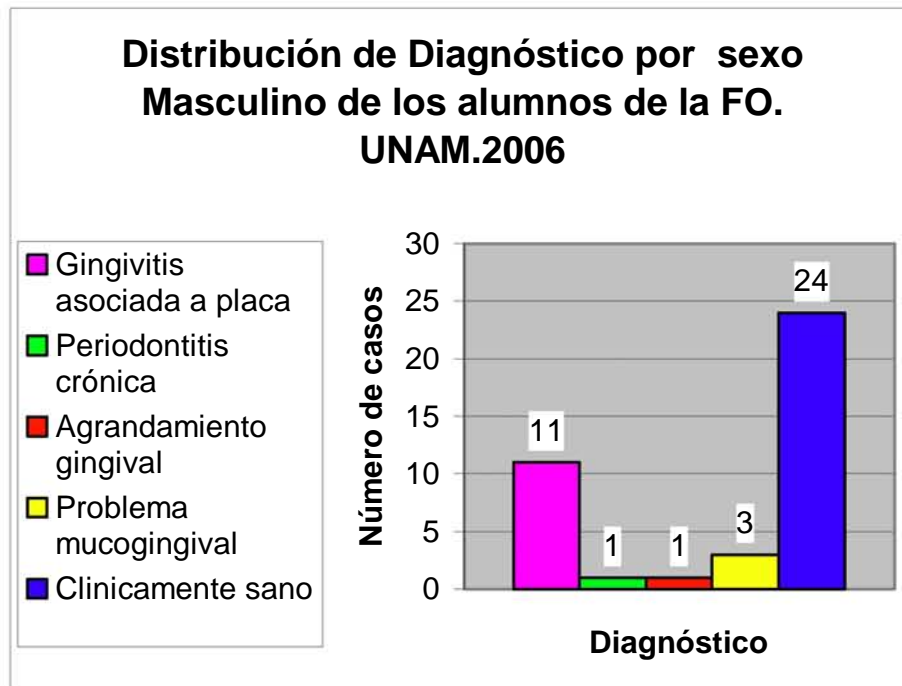
De los 167 alumno encuestados 30 (18%) contestaron que su diagnóstico fue de Gingivitis inducida por placa, 3 (1.8%) con Periodontitis crónica, 3 (1.8%) con Agrandamiento gingival, 9 alumnos (5.4%) con Problema mucogingival en el cual especificaron que son recesiones, y de los 167 alumnos 106 (63.5%) contestaron haber sido diagnosticados clínicamente sanos y 16 alumnos (9.6%) reportaron no haber realizado el preclínico de Periodoncia, siendo un total de alumnos diagnosticados de 151. La prevalencia de enfermedad periodontal en una muestra de alumnos de la FO.UNAM fue de 29.8%. (Gráfico 3)



Fuente directa. Distribución de Diagnóstico por sexo Femenino (Gráfica 4)

Diagnóstico	Número de pacientes	%
Gingivitis por placa	19	12.6
Periodontitis crónica	2	1.3
Agrandamiento ging	2	1.3
Problema mucoging.	6	4
Clínicamente sano	82	54
TOTAL	111	73.2

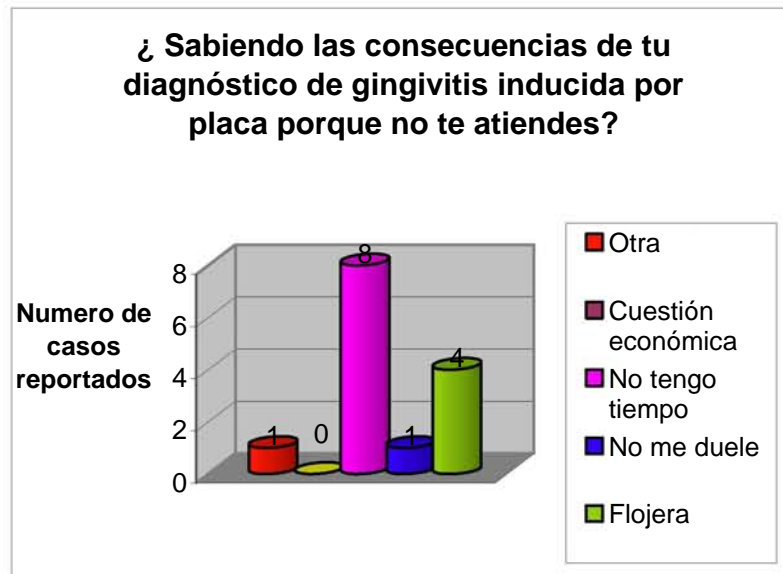
De los 151 alumnos que tuvieron su diagnóstico en el preclínico, 111 son mujeres, 19 (12.6%) reportaron gingivitis inducida por placa, 2 (1.3%) Periodontitis crónica, 2 (1.3%) con Agrandamiento gingival, 6 (4%) con Problema mucogingival y 82 alumnas (54%) con diagnóstico clínicamente sano. (Gráfica 4).



Fuente Directa. Distribución de Diagnóstico por sexo masculino (Gráfica 5)

Diagnóstico	Número de pacientes	%
Gingivitis por placa	11	7.3
Periodontitis crónica	1	0.7
Agrandamiento ging	1	0.7
Problema mucoging.	3	2
Clínicamente sano	24	16
TOTAL	40	26.7

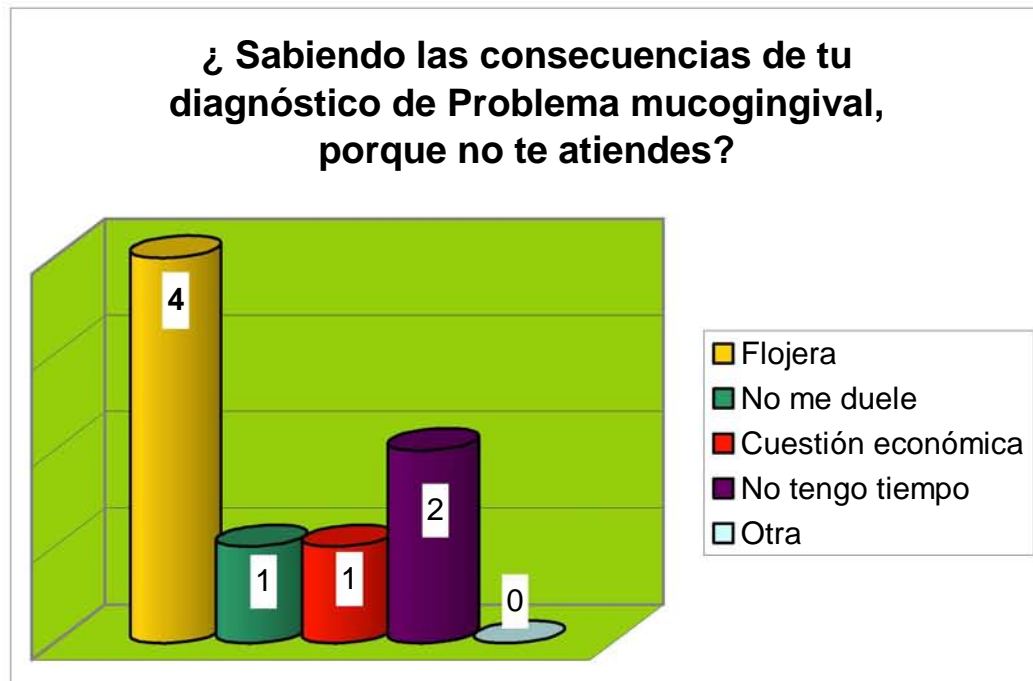
De los 151 alumnos que realizaron el preclínico de Periodoncia, 40 son del sexo masculino, 11 (7.3%) fueron diagnosticados con gingivitis inducida por placa, 1 (0.7%) con Periodontitis crónica, 1 (0.7%) con Agrandamiento gingival, 3 (2%) con Problema mucogingival y 24 (16%) con diagnóstico de Clínicamente sano. (Gráfica 5)



Fuente Directa. Razones de porque no se atienden los alumnos diagnosticados con gingivitis Inducida por placa (Gráfica 6)

Razones	Número de pacientes	%
No me duele	1	4.5
Cuestión económica	0	0
No tengo tiempo	8	36.4
Flojera	4	18.2
Otra	1	4.5
TOTAL	14	63.6

De los 30 alumnos diagnosticados con gingivitis asociada a placa, 14 no se han tratado por múltiples razones, 8 (36.4%) contestó por falta de tiempo, 4 (18.2%) por flojera, 1 (4.5%) porque no le duele y 1 (4.5%) mencionó por otra razón que fue “porque no ve anomalías cuando se cepilla”. (Gráfica 6)



Fuente Directa. Razones de porque no se atienden los alumnos diagnosticados con problema mucogingival (Gráfica 7).

Razones	Número de pacientes	%
No me duele	1	4.5
Cuestión económica	1	4.5
No tengo tiempo	2	9.1
Flojera	4	18.2
Otra	0	0
TOTAL	8	36.4

De los 9 alumnos diagnosticados con problemas mucogingivales, 8 no se han tratado por múltiples razones, 4(18.2%) contestó por flojera, 2 (9.1%) por falta de tiempo, 1 (4.5%) porque no le duele y 1 (4.5%) mencionó por cuestión económica. (Gráfica 7)



8.- DISCUSIÓN

La correcta exploración y examen periodontal es parte fundamental para llegar a un buen diagnóstico de la enfermedad periodontal, por cual es indispensable que una vez diagnosticados tomen conciencia de la atención, sobre todo que como próximos profesionistas de la salud bucal, saben lo referente al tema de la enfermedad periodontal, y es ilógico que promuevan la salud periodontal, si como profesionales no lo practican para si mismos.

De acuerdo a los resultados del presente estudio, se observó que existe un descuido o desinterés por parte del alumno por atenderse y las razones son variadas: falta de tiempo, no le duele, cuestión económica, flojera, u otras, y aunque no fue tan alto el porcentaje de alumnos no tratados, es fundamental que no se olvide ni se descuiden estos puntos, como parte de nuestra profesión, y así darles un mejor ejemplo a los pacientes, promoviendo con el ejemplo.

Es claro que el estudio tiene fines ilustrativos ya que la muestra estudiada de ninguna manera es representativa de todos los alumnos de Odontología, sin embargo los resultados son interesantes, dignos de ser estudiados y analizados.

Cabe resaltar, la negativa de los alumnos de admitir que tienen algún problema periodontal o peor aún la indiferencia de tratarse sabiendo su diagnóstico, o mentir en su diagnóstico, por lo que los resultados encontrados en este estudio pueden ser subestimaciones de una condición periodontal más severa en los alumnos.



9.- CONCLUSIONES

La enfermedad periodontal es un problema de salud bucal en todo el mundo, es de gran importancia que como futuros profesionales de la salud estén conscientes de la problemática, promoviendo con la prevención, el control y el buen tratamiento de la enfermedad periodontal.

El estudio no mostró un gran número de alumnos que tuvieron enfermedad periodontal, sin embargo no es importante mencionar que los alumnos deben preocuparse por su salud bucal integral ya que el paciente es lo primero que percibe de su odontólogo.

Es claro que en el estudio las mujeres presentaron más problemas periodontales, pero tomando en cuenta que dentro de la facultad de Odontología de la UNAM, la población estudiantil es en mayor proporción de mujeres que de hombres por lo cual este punto no es representativo.

Se puede concluir que los alumnos de la FO.UNAM tienen una salud periodontal regular conforme a los resultados obtenidos, y algunos alumnos en contradicción con su formación, ejercicio y recomendaciones profesionales que transmiten a sus pacientes, tienen problemas periodontales que no se tratan por diversos motivos, por lo que es imprescindible que exista una mayor congruencia entre la teoría y la práctica de todos y cada uno de los alumnos de Odontología y así darles el ejemplo a los pacientes.

La actitud del alumno de Odontología hacia la salud bucal debe ser más hacia la prevención, promoción y tratamiento de la enfermedad periodontal. Conforme a los resultados obtenidos, los alumnos que no se han tratado demuestran que no les interesa su salud periodontal o al menos un grado de indiferencia.



10.- FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Carranza F.A, Newman M.G. Periodontología Clínica. 9ª edic. México: Editorial McGraw Hill Interamericana, 2004. Pp. 66-95
2. Lindhe J. Thorkild K; Niklaus P.L Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 3a edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000. Pp. 74-94
3. <http://www.prodigyweb.net.mx/sfcoops/parodoncia.htm>.
4. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_162sm.htm
5. Papapanou PN. Epidemiology of periodontal diseases: an update. Journal International Academy Periodontology. 1999. 1; 4: 110-116.
6. Guerrero F; Torres J.M; Tudón E; Domínguez S. Identificación de factores de riesgo, asociado a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. Rev. ADM 2004 LXI; 3. Pp. 92-96.
7. Zerón A. Nueva clasificación de las Enfermedades Periodontales. Rev. ADM 2001. LVIII;1: Pp. 16-20
8. Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Annals of Periodontology. 1999. 4; 1. Pp. 1-6
9. <http://periodontología.com/?s=principal>
10. Irigoyen M.E; Velásquez C; Zepeda M.A; Mejía A. Caries dental y enfermedad Periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la Ciudad de México. Rev. ADM 1999. LVI;2: 64-69
11. Carrillo J; Castillo M; Hernández H.G; Zermeño J. Estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en los pacientes que acuden a la facultad de estomatología de la UASLP. Rev. ADM. 2000. LVII; 6: 205- 213.
12. Lara, N; López V. Factores que influyen en la utilización de servicios odontológicos. Revisión de Literatura. Rev. ADM. 2002. LIX; 3: 100-109.



13. Gómez R; Lozano O; Quiroz M.T. La salud bucal de los dentistas. Rev. ADM 2003; LX; 4. Pp. 127-129.
14. Hernández J.R; Tello T; Hernández F.J; Rosette R. Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares de una región mexicana. Rev. ADM 2000. LVII; 5: Pp. 222-230
15. Position Paper. Epidemiology of periodontal Diseases. Journal of Periodontology. 2005; 76: 1406-1419
16. Parameters of care Supplement. Parameter on Periodontal Maintenance. J. Periodontal. 2000. 71; 5: 849-850
17. Tanner, A; Kent R. Clinical and others risk indicators for early periodontitis in adults. J. of Periodontology 2005. 76;4: 573-581
18. Papapanou PN. Periodontal diseases; epidemiology. Ann Periodontol 1996.1: 1-36.
19. Position Paper. Treatment of Gingivitis and Periodontitis. Journal of Periodontology. 1997; Vol. 68. pp. 1246-1253
20. Espejel M; Martínez M; Delgado J. M; Guzmán C.E; Monterde M.E. Gingivitis. Rev. ADM 2002. LIX; 6: Pp 216-219.
21. Glickman I. Periodontología clínica. 4ª edición. México. Edit Interamericana 1974. Pp 268-279
22. http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p44.htm
23. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_162sm.htm
24. http://www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_163sm.htm
25. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_165sm.htm
26. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_166sm.htm
27. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_167sm.htm
28. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_168sm.htm
29. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_169sm.htm



30. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_179sm.htm
31. http://www.iqb.es/odonto/atlas/cap1/c1_147sm.htm
32. http://www.iqb.es/Odonto/Atlas/cap1/c1_200sm.htm
33. Espejel M; Martínez I.M; Delgado L. S; Delgado J.M. COLUTORIOS DE ECHINACEA ANGUSTIFOLIA EN EL TRATAMIENTO DE GINGIVITIS SIMPLE EN NIÑOS DE 8 A 13 AÑOS. Encontrado en pagina de Internet G:\El desarrollo del presente trabajo busca proporcionar datos discutibles y de importancia en nuestro campo odontológico y homeo.htm
34. Arteaga F; Prado J.R. La salud bucal en la mujer deportista actual. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.
35. Sapp P.L; Lewis R.E; George P. W. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 1ª edición Madrid Editorial Elsevier 1998. Pp 372-375
36. <http://www.geodental.net/modules.php?name=Recursos&mop=espec&ies=Periodoncia>
37. Kinoshita S; Takeshi S; Koji H; Kazayuki U; Koji H. Atlas a color de Periodoncia. 1ª edic. Barcelona. Editorial ESPAXS, Publicaciones Médicas. 2001. Pp. 25-29
38. Boj J; Catalá M. Odontopediatría. Edit. Masson 2004. pp. 367-372.
39. <http://www.geodental.net/modules.php?name=Recursos&mop=espec&ies=Periodoncia>
40. Sánchez A; Ramos E; Morset P. La Actitud Participativa en Salud: Entre la Teoría y la práctica. Murcia. Secretariado de Publicaciones. 1994.



11.- ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Cuestionario para evaluar Prevalencia de enfermedad periodontal en alumnos de cuarto año de la FO.UNAM.2006

- Estas preguntas han sido diseñadas de tal forma que permitan su rápida evaluación.
- Para tal fin marque con una X dentro del cuadro de la respuesta seleccionada.
- Para cada pregunta se debe marcar solamente **una** respuesta.
- Gracias por participar. Tu participación es importante y **anónima**.

Fecha de aplicación: Año: 4to. Edad: Sexo: F M

M V Turno: Grupo: Num. identificación

1. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
2. ¿Qué técnica de cepillado empleas?					
3. ¿Cuáles son las características del cepillo dental que utilizas?					
4. ¿Cuántas veces al día usas el hilo dental?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> No uso
5. ¿Te haz dado cuenta si tienes halitosis o te lo han dicho?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6. ¿Empleas algún enjuague bucal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente		
Si no empleas enjuague pasa a la pregunta 9					
7. ¿Cuál enjuague bucal empleas?					
8. ¿Cuántas veces al día lo usas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
9. ¿Te sangran las encías?			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Si contestaste si					



10. ¿Con que frecuencia?	<input type="button" value="Diario"/>	<input type="button" value="Ocasionalmente"/>
11. ¿Presentan movilidad tus dientes?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
12. ¿Llevaste a cabo el preclínico de la asignatura de Periodoncia en tercer año?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
Si contestaste si continua contestando. Si contestaste no entrega tu cuestionario.		
13. ¿Que diagnostico te dieron?	<input type="button" value="Gingivitis inducida por placa"/>	<input type="button" value="Periodontitis crónica"/>
	<input type="button" value="Agrandamiento gingival"/>	<input type="button" value="Problemas mucogingivales"/>
		<input type="button" value="Clínicamente sano"/>
Si tu diagnóstico fue clínicamente sano , pasa a la número 17, si no continua contestando		
14. ¿Te trataste según tu diagnóstico?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
Si contestaste si continua con la siguiente pregunta, si no pasa a la numero 16.		
15. ¿Cuál fue tu tratamiento?	<input type="button" value="Raspado y alisado radicular"/>	<input type="button" value="Cirugía por colgajo"/>
	<input type="button" value="Gingivectomía a bisel externo"/>	<input type="button" value="Cirugía mucogingival"/>
Si fuiste tratado según tu diagnóstico pasa a la número 17.		
16. ¿Sabiedo las consecuencias de tu diagnostico porque no te atiendes?	<input type="button" value="No tengo tiempo"/>	<input type="button" value="Problemas económicos"/>
	<input type="button" value="Flojera"/>	<input type="button" value="No me duele"/>
17. Haz continuado con tu fase de soporte periodontal?	<input type="button" value="SI"/>	<input type="button" value="NO"/>
<p>Ali Yaram D. Cortés Fernández. Trigésima sexta promoción del Seminario de Titulación en Periodoncia 2006.</p>		