



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES
PERIODONTALES Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO
EN PACIENTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA,
UNAM.

T E S I S

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 N:

DANIELA ALEJANDRA FAVILA MORENO
BERENICE GLORIA VELASCO

TUTORA: C.D. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

ASESORES: MTRO. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR
MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ



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.

Dedicatoria:

A Dios por darme salud y fuerza suficiente para poder llevar a cabo este sueño.

A mis Papás, sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida todo el esfuerzo y su lucha por progresar; sepan que este logro también es suyo, por que recorrieron este camino a mi lado, que si bien no fue fácil, con todo el amor, la paciencia y el apoyo que me brindaron pude lograrlo. ¡muchas gracias! Los quiero.

A Gely por transmitir tu alegría y ganas de superación gracias, por ser siempre la “guinea pig #1” te quiero mucho.

Gracias Ervin por compartir tantos momentos conmigo, pero sobre todo por brindarme comprensión y apoyo en los tiempos difíciles. Gracias por ser mi confidente y mi mejor amigo. Has sido para mí un gran apoyo a lo largo de este camino, te agradezco de todo corazón. ¡que este triunfo sea para ambos el primero de muchos! Te quiero mucho.

A mi Familia Velasco, por ser una parte importante en mi vida, por que nunca se han cansado de luchar y con su ejemplo me han demostrado que no importa el lugar siempre se puede triunfar, por enseñarme que el amor traspasa fronteras y que a pesar de la distancia siempre han estado conmigo y son un gran ejemplo para mí. Gracias por todo.

A mi tía Reyna y mi Abue en reconocimiento a la valentía y coraje que le han puesto a la vida.

Familia Gloria Ontiveros, gracias por brindarme su apoyo y guía para poder concluir esta meta.

A mis amigos entrañables quienes en todo momento me brindaron su apoyo y buenos deseos, a ustedes con los que compartí a lo largo de la carrera momentos difíciles, pero sobre todo muchas alegrías, por que aguantaron tanto muchas veces a cambio de nada, gracias por ser parte de mi felicidad.

Con la mayor gratitud a mi amiga Dany por el esfuerzo realizado en conjunto para poder terminar nuestra carrera profesional, por que se que más que una tesis compartimos un sueño, y a pesar de que hubo momentos difíciles pudimos superarlos, por tu apoyo, comprensión y confianza, Gracias ¡Lo logramos!

Berenice.

Dedicatoria:

A Dios por permitirme llegar a este momento el cuál es uno de los mas importantes y grandes anhelos para mí, gracias por estar siempre conmigo.

A mis papás: A quienes su ilusión ha sido convertirme en persona de provecho les dedico este gran logro con todo mi cariño y admiración porque no acabaré de agradecer una vida de sacrificio, trabajo, desvelos y esfuerzo, la meta lograda también es de ustedes. La fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su amor, confianza y dedicación. Sin ustedes nunca lo hubiera logrado. Los quiero muchote!!

A mi abue: Porque eres una persona que todo lo comprende y das lo mejor de ti sin esperar nada a cambio, porque sabes escuchar y brindar ayuda cuando mas te he necesitado, porque tienes todo mi cariño, admiración y respeto. Te adoro abue.

A Vale, Ana, Andy, Dylan y Emy: Por representar la motivación e inspiración que posibilitaron la conquista de esta meta y con la promesa de seguir siempre adelante. Porque su presencia ha sido y será siempre el motivo más grande que ha impulsado para lograrlo.

A mi familia: Porque cada uno de ustedes me ha dado algo de si mismo y eso me permite valorar todo el cariño que he recibido, porque juntos sabemos salir adelante bajo toda circunstancia, podemos demostrar que estamos unidos hasta en los momentos mas difíciles.

A mis amigos: Por permitirme vivir junto a ustedes una de las etapas mas bonitas de mi vida, gracias por regalarme sus momentos, porque las experiencias que compartimos demuestran el gran afecto que nos mantiene unidos.

Gracias Barney Gomez, banda el cacahute, Osby, Vic, Selene, Chuy, Betito, Barrón, Ely y Any.

A Bere: Porque solo tu y yo comprendemos la dedicación y el esfuerzo para lograr este trabajo, sin embargo lo mejor de esto es haber conocido a una persona tan especial como tu. Gracias por tus consejos y compañía.

Daniela.

Agradecimientos:

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirnos sus puertas.

Agradecemos a la Facultad de Odontología y sus profesores por el apoyo brindado para concluir la gran meta de nuestras vidas.

A la Dra. Miriam como una muestra de nuestro cariño y agradecimiento, por todo el apoyo brindado, la orientación que siempre nos ha otorgado y por ayudarnos a hacer este sueño realidad. Gracias.

Al Dr. Alberto en testimonio de gratitud ilimitada por su apoyo y estímulo, mismos que posibilitaron la conquista de esta meta. Gracias.

Al Dr. Javier de la Fuente porque gracias a su apoyo y consejo hemos llegado a la culminación de este trabajo.

Al equipo de trabajo por la ayuda, dedicación y esfuerzo que nos brindaron, reconociéndoles la parte importante que fueron en este trabajo:

Rubén, Ervin, Paty, Lalo, Israel, Leidy y Ruth.

En especial agradecimiento a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología y a los profesores responsables de esta, por su apoyo y comprensión que nos otorgaron en la elaboración del estudio.

Con cariño

Berenice y Daniela

Resumen

Objetivo. Identificar la prevalencia y nivel de conocimiento sobre enfermedades periodontales en pacientes de la Facultad de Odontología.

Material y métodos. Se realizó un estudio transversal descriptivo con una muestra de 408 pacientes de 25 a 60 años de edad que acudieron a la Clínica de Admisión y Diagnóstico en el mes de octubre y noviembre de 2008. El conocimiento sobre enfermedades periodontales se obtuvo a partir de un cuestionario de auto aplicación y los datos de salud bucal a través del Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (INTPC) con un nivel de concordancia del 85% inter e intraexaminador. Para el análisis de los datos, se ponderaron las respuestas del cuestionario (alto 80 - 100%), medio (60 - 79%) y bajo (0 - 59%). Posteriormente, se identificaron los indicadores de riesgo para la enfermedad y se categorizó a las personas como sanas con código 0, con gingivitis con Código 1 y con periodontitis con Código 2,3 y 4.

Resultados. El nivel de conocimiento bajo fue el de mayor frecuencia (84.0%). La prevalencia de periodontopatías fue de 83%. De las 339 personas con periodontopatías, 18% presentaron gingivitis y 65% periodontitis, sólo 17% presentó periodonto sano. Asimismo, del 83% de las personas enfermas, sólo 42% refirió ser susceptible a padecerla.

Conclusiones. La mayoría de las personas conocen de manera aislada los términos de indicadores de riesgo, sin embargo, se les dificulta asociarlos con la enfermedad por desconocimiento de la misma o bien, porque en sus estadios iniciales no genera dolor.

Palabras clave: Periodontopatías, enfermedad periodontal, conocimiento, INTPC, gingivitis.

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO TEORICO	5
2.1 Enfermedades Periodontales	6
2.2 Conocimiento sobre Enfermedades Periodontales	13
2.3 Epidemiología de las Enfermedades Periodontales	17
2.4 Formas de medir las Enfermedades Periodontales	20
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
4. MODELO CONCEPTUAL	26
5. JUSTIFICACIÓN	27
6. OBJETIVOS	28
7. HIPÓTESIS	29
8. MATERIAL Y MÉTODOS	30
8.1 Tipo de estudio	30
8.2 Población de estudio	30
8.3 Tamaño de muestra y Tipo de muestreo	30
8.4 Criterios de selección	31
8.5 Variables (conceptualización y operacionalización)	32
8.6 Método de recolección de información	34
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
10. Análisis de la información	40
11. RESULTADOS	41
12. DISCUSION	55
13. CONCLUSIONES	59
14. REFERENCIAS	62
15. ANEXOS	64
15.1 Anexo 1	64
15.2 Anexo 2	65
15.3 Anexo 3	66
15.4 Anexo 4	67
15.5 Anexo 5	69
15.6 Anexo 6	70
15.7 Anexo 7	72

1. INTRODUCCIÓN

En estadios iniciales de lesión periodontal puede involucrar solamente la encía, afección que se denomina gingivitis, o puede invadir otras estructuras como es el hueso alveolar y denominarse periodontitis. En su etiología intervienen factores irritantes como la biopelícula (BP), el cálculo dental, las obturaciones deficientes, la mal posición dentaria, el consumo de tabaco, entre otros, capaces de inducir una respuesta inflamatoria. A su vez, las enfermedades periodontales pueden modificarse por enfermedades sistémicas y la administración de medicamentos.

En la actualidad, la enfermedad periodontal constituye la segunda causa de pérdida dental, lo que conduce a problemas de envejecimiento en el ser humano a nivel funcional, debido a que imposibilita la masticación y a nivel psíquico por involucrar la afección estética¹.

Sin embargo, a pesar de las consecuencias que la pérdida de los dientes generan, la población ha llegado a aceptarla como inevitable. Probablemente por desconocimiento, o bien, por la poca o nula importancia que le dan a sus dientes.² Por ello, suponemos que el conocimiento y manejo de las enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis) es la base para evitar la presencia de la enfermedad, o bien, es la base para conseguir que los individuos encuentren soluciones adecuadas que ayuden a resolver su problema.

Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo es identificar que porcentaje de pacientes que utilizan los servicios de salud en la Facultad de Odontología, conocen que son las enfermedades periodontales y/o la presentan, con la finalidad de encontrar alguna asociación entre el nivel de conocimiento y la presencia de la misma.

2. MARCO TEÓRICO

La salud bucal es un componente importante de la salud general y, por lo tanto, su alteración repercute en el bienestar y funcionamiento de las personas. Sin embargo, a pesar de los avances en la odontología, las enfermedades bucales continúan siendo un gran problema de salud pública a nivel mundial, tanto por su magnitud, como por el impacto que generan en la calidad de vida de las personas y comunidades.³

Dentro de las principales enfermedades bucales que afectan a la población adulta se encuentran las periodontales, cuya distribución y severidad varía entre países e incluso dentro de cada país, destacando el rol de los factores socioculturales y ambientales en su epidemiología.⁴

Los grupos socialmente más desprotegidos continúan siendo los más afectados, lo que implica un gran desafío para los países en desarrollo, más aún cuando se espera que la carga de enfermedades bucales, en especial las periodontales, aumenten por falta de acceso a servicios de salud, la alta prevalencia de tabaquismo y diabetes, entre otras causas.³

2.1 ENFERMEDADES PERIODONTALES

El conocimiento que se tiene sobre enfermedades periodontales ha ido evolucionado sobre los hallazgos de los estudios epidemiológicos realizados en distintas poblaciones. En los años 60, se pensaba que todos los individuos eran igualmente susceptibles a tener periodontitis severa, que la gingivitis usualmente progresaba a periodontitis con la consecuente pérdida de soporte óseo y eventual pérdida de dientes, y que la susceptibilidad a tener periodontitis se incrementaba con la edad. Sin embargo, hoy se plantea que sólo un porcentaje de la población adulta tiene periodontitis severa (5 a 15%); que no todas las gingivitis progresan a periodontitis, pero que todas las periodontitis se inician con una gingivitis; y que la mayor destrucción periodontal observada en las personas de mayor edad es reflejo de la acumulación del daño ocurrido a través de la vida.⁵

Se conoce que la falta de higiene favorece el asentamiento y proliferación de diversos tipos de bacterias patógenas en el margen de la encía y en el surco gingivodentario. Lo que causa una infección crónica denominada gingivitis, que se advierte clínicamente como un enrojecimiento y aumento de volumen de la encía.

La agregación de depósitos calcificados (cálculo dental), agrava el cuadro; la gingivitis es normalmente indolora, y puede mantenerse por décadas, hasta que, en ocasiones da paso a otra entidad mucho más grave denominada periodontitis.^{5,6}

La periodontitis, es una enfermedad infecciosa que afecta los tejidos de sostén de los dientes (ligamento, hueso alveolar y cemento radicular). Su etiología es multifactorial y su prevalencia se estima en el intervalo de 30 a 40% en población adulta. Además su patogenia resulta de la interacción entre la biopelícula, bacterias anaerobias gram negativas, algunas especies microaerófilas y el sistema inmune del hospedero.⁷ (Fig.1)

La periodontitis es, por lo tanto, una enfermedad inflamatoria crónica y generalmente indolora, por lo que su presencia pasa inadvertida hasta etapas tardías, ocasionando que su progresión pueda traer como consecuencia la movilidad y la posterior pérdida de las piezas dentarias afectadas.⁵

Las enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis) han sido asociadas con enfermedades sistémicas, sin embargo, aún no se conoce alguna enfermedad que por sí misma cause gingivitis o periodontitis ya que es multifactorial. En ocasiones es necesaria la presencia de algunos medicamentos para iniciarlas, como es el caso de antidepresivos, bloqueadores del canal de calcio, anticolinérgicos y antiepilépticos en el caso de los adultos, los cuales producen inflamación de los tejidos periodontales y agrandamiento gingival.⁸ (Fig. 1)

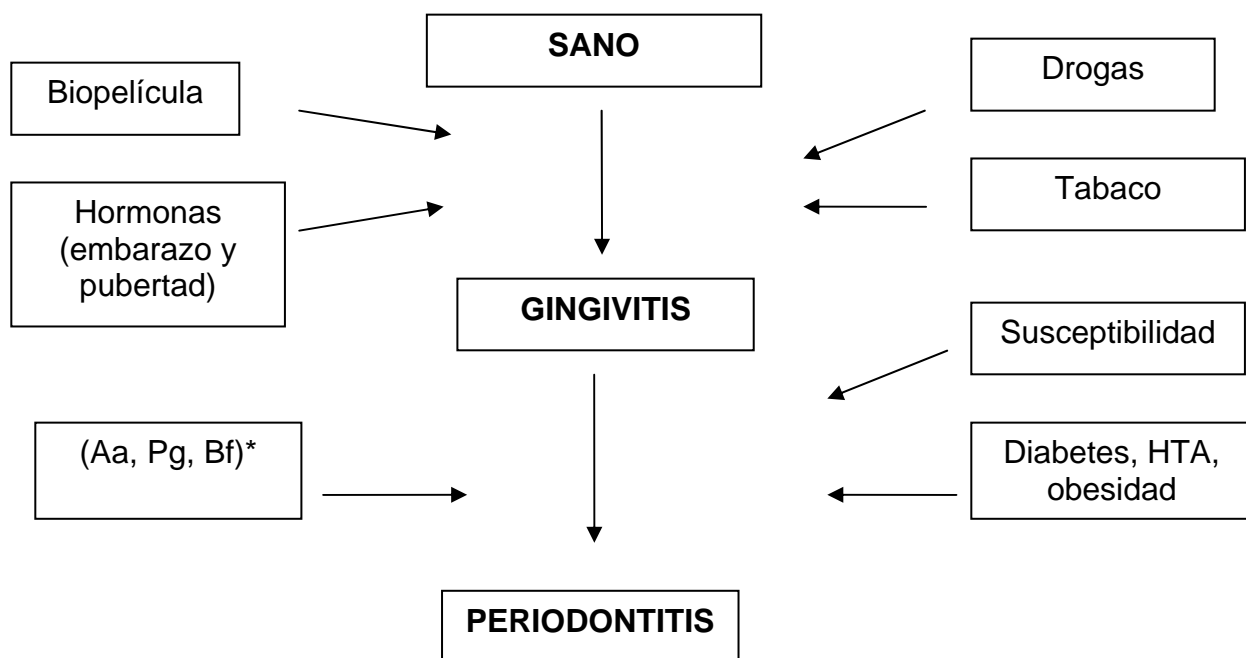
El uso de cualquier fármaco implica reacciones adversas. Los fármacos antidepresivos no escapan a esta realidad. Uno de los efectos adversos que poseen diversos fármacos usados en el manejo de depresiones es la disminución del flujo salival (hiposialia)*, lo que genera el desagradable síntoma de "boca

seca" o también conocido como xerostomía**. La hiposialia constituye uno de los factores relevantes que afectan negativamente el estado de salud de los tejidos orales en el individuo, ya que la saliva tiene importantes roles como elemento protector. Una de las principales consecuencias de la hiposialia sostenida, es el trastorno infeccioso a nivel de encía y mucosas orales.⁹ (Fig. 1)

*Hiposialia: Disminución del flujo salival (signo)

** Xerostomía: Sensación de boca seca (síntoma)

Fig 1. Patogenia de las enfermedades periodontales



* Aa (*Actynomices actinomicetecomitans*) Pg (*Porphyromonas gingivalis*) Bf (*Bacteroides forsythus*)

Fuente: Spolsky VM. Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal.¹

Por otro lado, estudios llevados a cabo por Bergström y Grossi reportan que el consumo de tabaco tiene influencia substancial sobre la salud; se incrementa el riesgo de recurrencia de enfermedad periodontal, debido a pérdida ósea, pérdida de inserción, recesión gingival, así como formación de bolsa periodontal y en adición al efecto enmascarado de los síntomas de inflamación.^{10,11,12}

En las dos últimas décadas el hábito de fumar es uno de los factores de riesgo más importantes para el avance de la lesión periodontal. Investigaciones recientes, aseguran que el tabaco aumenta la severidad de las enfermedades periodontales y que este efecto se hace clínicamente evidente a partir de cierta cantidad de tabaco (más de 10 cigarrillos al día).¹³

Estudios realizados en policlínicas de Cuba, en 1994 plantean que el tabaco puede alterar el equilibrio microbiológico bucal, pues se incrementa el número de bacterias anaerobias. Además por una serie de mecanismos irritantes como el roce, térmicos como es el caso del calor y químicos, por la liberación de hidrocarburos; el tabaco lesiona las células de la mucosa bucal y ocasiona diferentes alteraciones. Lo que expone a los pacientes fumadores a presentar mayores índices de biopelícula y cálculo dental, así como mayor frecuencia a presentar gingivitis, periodontitis y alteraciones en la cicatrización. Razones que conducen a una disminución del flujo del exudado gingival en fumadores.¹⁴

Asimismo, la nicotina puede almacenarse y luego ser liberada por los fibroblastos, provocándoles cambios en su morfología, alteraciones en su capacidad de adhesión a la superficie dentaria y modificaciones en la síntesis de colágeno. En altas concentraciones altera la fagocitosis de los neutrófilos y la secreción de monocitos. Las sustancias citotóxicas y vasoactivas, incluidas en la nicotina, también producen descenso de la irrigación gingival.¹²

Otro factor de riesgo predisponente para padecer periodontitis es la Diabetes Mellitus (DM), enfermedad sistémica crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia relativa o absoluta en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.¹⁵

La Secretaría de Salud clasifica la Diabetes en cuatro categorías:

1. Diabetes tipo 1: Insulinodependiente
2. Diabetes tipo 2: No Insulinodependiente
3. Otros tipos específicos: Diabetes secundarias a otras condiciones
4. Diabetes Gestacional¹⁵

Diabetes tipo 1: Se da por la destrucción de las células beta de los islotes de Langerhans en el páncreas, lo que ocasiona la deficiencia absoluta de insulina.

Este tipo de Diabetes es 10 veces menos frecuente que el tipo 2. Clínicamente se caracteriza por su aparición temprana, antes de los 20 años de edad (puede iniciarse en la niñez o en la pubertad).¹⁵

Diabetes tipo 2: Se da cuando hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, o por insuficiencia relativa de secreción de insulina, o cuando coexisten ambas posibilidades y por lo tanto aparece la hiperglucemia. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes la detección de la Diabetes tipo 2 se realiza a partir de los 20 años de edad, ya que en la Encuesta Nacional de Salud 2000 se estimó un aumento de la prevalencia de Diabetes a nivel nacional en la población mayor de 20 años.^{15,16}

La Diabetes tipo 2 se relaciona con la obesidad y no produce cetosis. Por lo general, el tratamiento del paciente requiere modificaciones dietéticas o hipoglucemiantes orales, o ambas. (Cuadro1).

Cuadro 1. Características específicas de Diabetes Mellitus

Características clínicas signos y síntomas	Alteraciones más comunes en cavidad oral	Complicaciones sistémicas crónicas
Poliuria	Xerostomía caries dental	Retinopatía diabética
Polidipsia	Candidiasis oral	Nefropatía diabética
Polifagia	Mucormicosis	Neuropatía diabética
Disminución de peso	Glositis	Aterosclerosis
Astenia	Ardor bucal	
	Enfermedades periodontales	
	Aumento de tamaño de glándulas salivales	
	Liquen plano	
	Infecciones postextracción	
	Alteraciones del gusto	

Fuente: Oliver RC, Terrohen T. Diabetes a risk factor for periodontitis in adults?.¹⁸

La periodontitis se considera la sexta complicación de la diabetes y se produce por que en estos pacientes la función de los polimorfonucleares se encuentra alterada, así como la adherencia, la quimiotaxis y la fagocitosis.¹⁷

Oliver y col., en 1994, reportaron mayor prevalencia de periodontitis en pacientes con diabetes no controlada en presencia de grandes depósitos de cálculo dental, sin embargo, especificaron que la higiene bucal es fundamental, debido que en

pacientes con éstas mismas características pero con buena higiene bucal, la presencia de enfermedad periodontal fue menor.

Los pacientes diabéticos controlados son considerados como cualquier otro paciente, ya que no presentan ninguna patología adicional.¹⁸

2.2 CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES PERIODONTALES

La educación sanitaria tiene como objetivo común la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de la salud de los individuos, grupos y colectividades.¹⁹

La modificación de los conocimientos y las actitudes no es más que un vehículo para conseguir el cambio de comportamiento. En cualquier caso se observan importantes diferencias entre unas y otras definiciones, en especial en lo que concierne a la forma de conseguir el cambio de comportamiento (acciones sobre el individuo o también sobre el medio ambiente) y a las conductas que hay que modificar (solo las que guardan relación con la promoción de salud o también con las relacionadas a la restauración de la salud).

Para que la participación popular en la gestión, planeación y ejecución de la atención de la salud sea una realidad, se requiere que todos los individuos posean un adecuado nivel de información y conocimiento al respecto. La búsqueda colectiva del mejoramiento de los niveles de vida y salud implica la modificación de ciertas actitudes y comportamientos por parte de la población y el reforzamiento de otras. Todo ello puede alcanzarse mediante el desarrollo de un proceso educativo.

El enfoque integral de la práctica médica implica enfrentar la responsabilidad educativa, dicho en otras palabras, educación para la salud puede entenderse

como la sistematización de métodos, técnicas y procedimientos de la enseñanza-aprendizaje, destinados a la obtención de conocimientos para el desarrollo de hábitos y actitudes, tendientes a mantener o a elevar el nivel de salud de individuos y poblaciones.

Existen algunas premisas básicas para la realización de los procesos educativos en la salud. La primera de ellas propone que el enfoque educativo debe estar ligado a los problemas concretos con los que cotidianamente se enfrentan los habitantes de la comunidad, ayudándoles a entender mejor los problemas de salud que tienen, conocer sus causas y reflexionar acerca de la mejor forma de resolverlos. Ello, supone que los contenidos de los programas educativos en la salud deben partir de temas que sean considerados como importantes por los habitantes, y que los conocimientos resultantes tengan una aplicación práctica inmediata.

Debe considerarse que para la motivación de la comunidad las técnicas (o herramientas de aprendizaje) educativas deben ser participativas, es decir dinámicas y activas.

Los habitantes de la comunidad tienen conceptos y prácticas acerca de lo que ellos identifican como problemas de salud, para asimilar nuevas ideas y prácticas requerirán de un reconocimiento, comprensión y valoración de su importancia y utilidad. Ello se puede lograr mediante el desarrollo de métodos críticos de la realidad, es decir, que sea la propia gente que analice sus prácticas y

conocimientos, reflexione sobre sus alcances y limitaciones, y las confronte con prácticas y conocimientos para utilizar aquello que comprenda con claridad y sea efectivo para resolver los problemas.

Siempre debe combinarse y coordinarse el uso de métodos y técnicas, de tal manera que complementen sus acciones y comuniquen siempre el mismo mensaje.

Lo anterior define al conocimiento como el conjunto de información almacenada mediante la experiencia, o el aprendizaje o a través de la reflexión. En el sentido más amplio, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que conllevan a un mayor impacto de salud para el individuo o la población.²⁰

En México como en otros países de América Latina, los recursos para apoyar programas de salud son limitados, por lo que es necesario cambiar la percepción sobre salud bucal de las personas con la finalidad de contribuir a la disminución de la enfermedad.²¹

Con relación a la educación sanitaria Tascón, señala que el odontólogo es el principal medio de comunicación a través del cual las personas conocen cuáles son las enfermedades periodontales y la manera de prevenirlas. Por ello, el odontólogo como profesional de la salud tiene la obligación de educar e informar sobre las enfermedades bucodentales, con la finalidad de lograr cambios positivos en la conducta de las personas.²²

Diversos autores se han enfocado en la relación entre el conocimiento de la salud periodontal y la presencia de la enfermedad. En este sentido, Schouten, en el año 2003, realizó un estudio en 83 pacientes de Ámsterdam en el cual preguntó si creían tener enfermedad periodontal, y los resultados los comparó con la exploración bucal. De tal manera que refirió que del total de sujetos, solo 23.6% creyó tener enfermedad periodontal, mientras que, 97% en realidad la padecía. Lo cual, hizo evidente que la mayoría de los participantes ignoraba padecer la enfermedad, probablemente porque la enfermedad en los estadios iniciales no genera dolor y en múltiples ocasiones el sangrado gingival lo consideran como algo normal y cotidiano. Por otro lado, al preguntarle a las personas si consideraban que podían ser susceptibles a desarrollar alguna enfermedad periodontal, 89% consideró que sí.^{22,23}

Así mismo, respecto a la modificación de conocimientos relacionados con la promoción de salud, Noyardi, señala que la utilización de técnicas afectivo-participativas en alumnos de primaria, ofrecen la oportunidad de adquirir nuevas habilidades y ayudan a transformar experiencias pasivas en activas, lo cual implica acción y participación favorable del surgimiento de la conciencia.²⁴

Por otro lado, Renz y colaboradores, señala que las intervenciones educativas tradicionales para mejorar la conducta sobre la salud bucal, tienen poco valor para lograr cambios a largo plazo.²⁵

2.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDADES PERIODONTALES

No existe un acervo de información que ofrezca un panorama integral de la situación epidemiológica sobre enfermedades periodontales en nuestro país.

La información epidemiológica sobre las enfermedades periodontales de la que se dispone en México, está circunscrita principalmente a muestras no probabilísticas, o bien, a poblaciones de escolares que no arrojan prácticamente ningún dato acerca de los grados de enfermedad periodontal.

Mendoza, Arteaga y Gamonal, en el año 2006, realizaron una recopilación de 48 artículos en población latinoamericana sobre enfermedades periodontales, de los cuales, sólo 35.5% utilizaron muestras probabilísticas. Dentro de los artículos con muestras probabilísticas, tres, utilizaron muestras de base poblacional, otros tres, tomaron como universo escuelas (se ignora si fueron del sector público o privado); dos de ellos, utilizaron como muestra consultorios (nuevamente se ignora si son públicos o privados) y tres más, seleccionaron muestras de distintas poblaciones en riesgo (pacientes diabéticos, trabajadores de la industria alimentaria y comunidades de distinto nivel socioeconómico).

Así mismo, la edad no siempre fue una variable considerada al momento de la selección de la muestra, por lo que hay estudios que analizaron todo el grupo de edad de la población, mientras que otros restringieron el análisis a grupos específicos, como los adolescentes o adultos mayores.²⁶

De igual forma, no todos los artículos detallan este aspecto metodológico, representando un 29% los artículos que no entregan información sobre los dientes ni sitios examinados.²¹ Observando que la mayoría de los artículos entregan estimaciones de prevalencia basadas en la evaluación de todos los dientes presentes en boca o bien, con base a evaluaciones parciales, siendo los dientes indicadores propuestos por la OMS, los más frecuentemente examinados.^{27,28}

También los autores señalan las características y el número de examinadores varían en los estudios analizados. Entre los artículos que informan las características de los examinadores (64.5%) menciona la participación de sólo un examinador. Los estudios que reportan la participación de más de un examinador, informan sobre la realización de entrenamiento y calibración.²⁶

Con base a lo anterior, Mendoza y colaboradores señalan que debido a la gran variabilidad de las poblaciones estudiadas, de los indicadores de enfermedad utilizados, los métodos de examen, las características de los examinadores y las condiciones del examen, el resumen de las estimaciones de prevalencia reportadas en los diferentes estudios deben de tomarse con precaución, ya que los resultados no son homogéneos ni comparables entre sí. Sin embargo, en términos generales, es posible concluir que la prevalencia de enfermedades periodontales varía entre 3.75% y 100% siendo mayor la magnitud del daño periodontal a medida que avanza la edad. En cuanto a la severidad de la

enfermedad, las formas leves se presentan con mayor frecuencia, variando la prevalencia de periodontitis severa (Código 4 del índice INTPC o pérdida de inserción clínica mayor a 6 mm) entre 0 y 45%.²⁶

Información similar a la referida por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), publicó en el año 2005, después de la revisión de 2466 pacientes en clínicas de asistencia pública de la Ciudad de México, que la presencia de periodontitis aumentó con la edad. Asimismo, registró que 87% de los pacientes de seis años de edad presentaban periodonto sano; porcentaje que disminuyó a la edad de 35 a 44 años (28%), y a la edad de 60 años (13%). Respecto a la presencia de bolsas periodontales, se observó que a partir de los 18 años de edad, 8% de los adolescentes presentaron bolsas de 4 a 5 mm de profundidad.²⁷

En términos generales, existen distintas maneras de medir e incluso de definir las enfermedades periodontales. Las más utilizadas en los estudios revisados por Mendoza y cols., en el periodo de 1996 a 2006, fueron la pérdida de inserción clínica (definida como la distancia en milímetros entre el límite cemento esmalte y el fondo del saco), la profundidad de saco (definido como la distancia en mm entre el borde libre de la encía y el fondo del saco), sangrado al sondeo y el uso del Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal Comunitario (INTPC). Siendo la pérdida de la inserción y el INTPC los más utilizados respectivamente.^{19,26}

En cuanto al diagnóstico de la periodontitis, la medición clínica básica para establecer su presencia es la evaluación del nivel de inserción clínico, la determinación de la presencia y profundidad del saco periodontal así como el número de sitios afectados y el sangrado al sondeo, que son considerados como evidencia de enfermedad.³⁰ Esta técnica diagnóstica basada en el uso de una sonda manual, permanece el “estándar de oro” para determinar la presencia de periodontitis.²⁵

2.4 FORMAS DE MEDIR EL DAÑO PERIODONTAL EN COMUNIDADES

Entre las formas más comunes de medir el daño periodontal individual se encuentra el sondeo periodontal, el cual se registra en el periodontograma.

Consiste en el nivel de inserción que es el resultado de la suma de profundidad de bolsa y la unión cemento esmalte. La toma de radiografías periapicales y el grado de movilidad.

Las cuales son características inflamatorias o signos patognomónicos de enfermedades periodontales. Esta es una aproximación clínica más exacta de la pérdida de tejido conectivo de inserción a la superficie radicular.²⁹ Sin embargo, cuando la medición de enfermedades periodontales se realiza a nivel poblacional, la extensión y la severidad de éstas a menudo son evaluadas por medio de indicadores. Los cuales se describen a continuación. Cuadro 2.³⁰

Cuadro 2. Índices para la evaluación gingival

Índice
Índice PMA
Índice gingival Löe and Silness
Índice de Sangrado Surcular (ISS)
Índice de Sangrado Papilar (ISP)

Fuente: Hans PM. Periodontología. Manual Moderno. México 2006.pp. 62-64³¹.

ÍNDICE PMA

La encía papilar, marginal y adherida se evalúan por separado, cada una hasta cinco grados de severidad.

ÍNDICE GINGIVAL LÖE AND SILNESS

Evalúa principalmente el grado de inflamación de la encía mediante los cambios físicos que esta sufre, como los son cambio de color, edema perdida del puntilleo, ulceración y tendencia al sangrado.

ÍNDICE DE SANGRADO SURCULAR (I.S.S.)

El sondeo periodontal se realiza en el surco distal desde la base de la papila hasta la punta papilar; el mismo procedimiento se realiza hasta la punta papilar; y en el surco mesial. Se espera por lo menos diez segundos para observar si se produce sangrado en las áreas examinadas. La intensidad del sangrado observable se subdivide grados.

ÍNDICE DE SANGRADO PAPILAR (I.S.P.)

El índice fue propuesto por Ainamo Bay en 1975, este tiene como función determinar si hay sangrado en un diente al momento del sondeo, este índice solo es aplicable en la exploración individual, solo se marcará con un signo (+) si el sangrado se presenta y un signo (-) si el sangrado no ocurre.

Como es notorio existen diversos índices que evalúan la inflamación gingival, sin embargo, un descubrimiento diagnóstico especialmente simple es la presencia o ausencia de sangrado al sondear la base del surco gingival o bolsa, cuando la exploración es nivel poblacional. Cuadro 3.

Cuadro3. Índices para la evaluación periodontal (Sistemas combinados)

Índice Periodontal (I.P.)
Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal Comunitario (INTPC)

Fuente: Hans PM. Periodontología. Manual Moderno. México 2006,pp. 62-64.³¹

INDICE PERIODONTAL

También conocido como índice periodontal de Russell, se utiliza como una herramienta epidemiológica para comparar la prevalencia relativa de la enfermedad periodontal en diferentes poblaciones, aunque actualmente su uso ha disminuido. Es capaz de medir tanto la inflamación gingival como el grado de destrucción ósea.

Se basa en la detección de los signos más evidentes de la enfermedad, no es muy sensible y a veces no alcanza a estimar convenientemente sus estadios más tempranos, sin embargo por que esa detección es fácil en virtud de los criterios

utilizados, hace que exista una menor variabilidad entre los examinadores y por tanto una mayor reproducibilidad.

ÍNDICE DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL COMUNITARIO (INTPC)

Se hace indispensable conocer las necesidades que requieren los pacientes con la finalidad de tratar oportunamente la enfermedad sin que sea necesario tener especialidad en periodoncia, para tal caso, se utiliza el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (INTPC), diseñado inicialmente con propósitos epidemiológicos, se ha transformado en una excelente herramienta para realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que necesitan tratamiento periodontal.

El realizar este examen periodontal básico, basado en el INTPC, caracterizado por su simpleza, facilidad y el breve tiempo que demora, permite a los odontólogos de práctica general establecer en un breve período de tiempo y con un mínimo de instrumental, las necesidades de tratamiento periodontal de los pacientes, para su correcta atención o inmediata derivación.

Es el índice de mayor uso con relación a la evaluación de enfermedades periodontales y ha sido el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario, mismo que para fines de este estudio será el que se tome como referencia, debido a los requisitos de tiempo y costo, además de ser útil para el análisis de los resultados de programas preventivos.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades periodontales (periodontitis y gingivitis) son un grave problema de salud pública en razón a la proporción de personas que actualmente las padecen, producen un daño evidente en la salud general de los individuos y no han sido posible controlarlas a través de los años. En México son consideradas la segunda causa de pérdida dental después de los 35 años de edad.

Su severidad depende en gran parte de los componentes de la biopelícula, actualmente se le ha asociado con Cardiopatías, Diabetes Mellitus y Tabaquismo, problemas presentes en la población mexicana que utiliza los servicios de salud de la Facultad de Odontología.

Asimismo, el desconocimiento sobre las enfermedades periodontales se refleja en el descuido, la ignorancia y la poca importancia que el individuo le da a su cuidado dental, el cual en múltiples ocasiones conduce a la pérdida de las piezas dentales y, por ende, a la disminución de su capacidad masticatoria, la pérdida de la estética, la fonética y al desarrollo de enfermedades gastrointestinales.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué porcentaje de pacientes que utilizan los servicios de salud de la Facultad de Odontología conocen que son las enfermedades periodontales y/o las presentan?

4. MODELO CONCEPTUAL (Figura 2)

Conocer que son las enfermedades periodontales aumenta la probabilidad de que los individuos tengan mayor cuidado en la salud de la boca o al menos tengan conciencia de que las padecen.

Por ello, consideramos que las personas que conocen cuales son las enfermedades periodontales y sus consecuencias tienen mayor probabilidad de conocer los signos característicos de éstas, lo que conduce a un mayor cuidado de su boca y por ende, a la ausencia de la misma.

Caso contrario, ocurrirá en las personas que desconocen que son las enfermedades periodontales, debido a que el desconocimiento conduce en el mayor de los casos a pasar por alto los signos presentes en boca, ignorando el padecimiento y tomándolo como algo cotidiano y en el peor de los casos como algo normal.

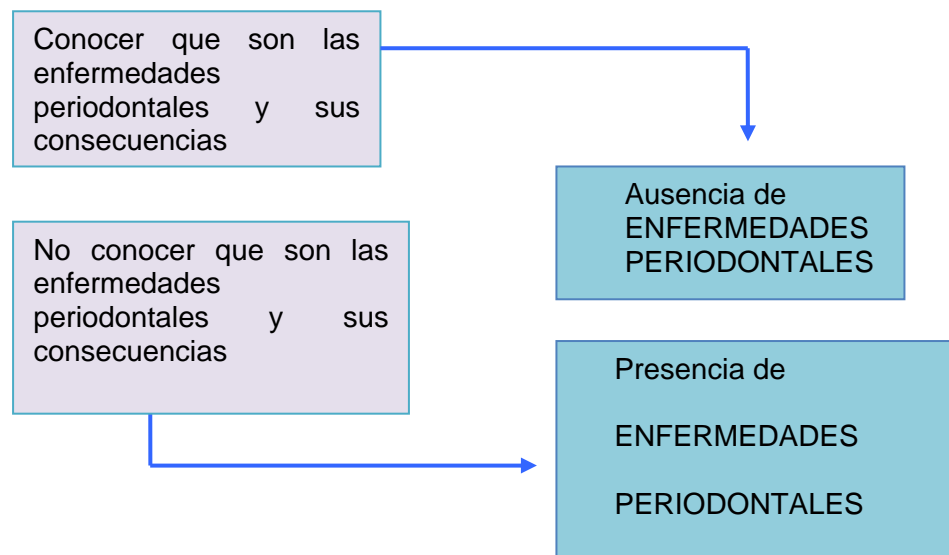


Fig. 2 Relación entre conocimiento y presencia de enfermedades periodontales.

5. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realizó con la finalidad de describir el porcentaje de personas afectadas por las enfermedades periodontales y su relación entre el conocimiento de las mismas.

La razón principal de detectar el nivel de conocimiento en la población nos lleva a descubrir la necesidad de información que esta requiere con la finalidad de fomentar la modificación del comportamiento con relación a la salud bucal.

Asimismo, el conocimiento de los grupos de alto riesgo de adquirir una enfermedad permite aplicar acciones eficaces para evitarla, interrumpirla y rehabilitarla.

Por último, el desarrollo de estudios en los cuales se parte de la descripción de eventos como las enfermedades periodontales permiten conocer aspectos importantes de las personas que demandan atención en la Facultad de Odontología, mismos que serán útiles para el desarrollo de programas de educación para la salud.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Identificar la frecuencia de personas que conocen que son las enfermedades periodontales y su relación con la presencia o ausencia estas.

6.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el porcentaje de pacientes que tienen conocimiento sobre enfermedades periodontales.
2. Determinar el porcentaje de enfermedades periodontales a partir del sondeo.
3. Determinar las necesidades de tratamiento periodontales de los pacientes que presentan enfermedades periodontales a partir del Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario (INTPC).
4. Determinar la asociación entre la presencia de enfermedades periodontales y el conocimiento de estas.

7. HIPÓTESIS

El porcentaje de personas que padecen enfermedades periodontales es mayor en aquellas que no tienen conocimiento sobre éstas.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en pacientes adultos de 25 a 60 años, que utilizaron los servicios de salud de la Facultad de Odontología de la UNAM, en el mes de octubre del 2008 y que autorizaron participar a través del consentimiento informado, con previa autorización de los encargados de la Clínica de Admisión y Diagnóstico de la Facultad de Odontología

8.1 Tipo de estudio

Transversal

8.2 Población de estudio

Pacientes que acudieron a la Clínica de Admisión y de Diagnóstico en los meses de octubre y noviembre del 2008.

8.3 Tamaño de muestra y tipo de muestreo

De acuerdo al Programa Nacional de Salud 2001 – 2003, se obtuvo la prevalencia de enfermedad periodontal (70%) y con base en ella, se calculo el tamaño de muestra para el cálculo de la media.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde:

n= Tamaño deseado de la muestra (cuando la población es superior a 10 000)

z= desviación en relación a una distribución normal estándar. Generalmente es fijada en 1.96, que corresponde a un nivel de confianza del 95%.

p= proporción de la población objeto de estudio, que se estima tiene una característica determinada. En este caso al desconocerse se usará un estimación del 70% (0.70).

$$q= 1.0 - p = 0.30$$

d= grado de precisión deseado, en general 0.05.

n= 323 personas

Sin embargo, se contempló un 20% de no respuesta, obteniendo como población total = **388 personas a encuestar**

El tipo de muestreo que se eligió para completar la muestra fue de conveniencia.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes sin distinción de sexo, entre las edades de 25 y 60 años que acudieron a la Clínica de Admisión y de Diagnóstico en el mes de octubre y noviembre del 2008.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presentaron capacidades diferentes o que no pudieron contestar por sí solos el cuestionario.

- Pacientes que contestaron el cuestionario pero no aceptaron la exploración bucal.
- Pacientes edéntulos.

8.5 Variables (Conceptualización y Operacionalización)

▪ Edad

Es el tiempo expresado en años desde el nacimiento del individuo hasta la fecha de la aplicación del cuestionario. Se obtuvo a partir de la diferencia entre la fecha en que se realizó la encuesta y la fecha de nacimiento, posteriormente se realizó la siguiente clasificación:

- Adulto joven = 20 a 40 años
- Adulto = 41 a 65 años³⁴

▪ Sexo

Es la constitución orgánica que se distingue por ser hombre o mujer. Se obtuvo directamente con la pregunta:

Sexo: Femenino o masculino

▪ Conocimiento

Indica el nivel de conciencia que se tiene en cuanto al padecimiento que esta presente. Se midió a partir de un cuestionario, evaluando la respuesta de forma

individual y posteriormente se obtuvo el porcentaje de respuesta conforme a la clasificación señalada:

- Alto: entre 80 y 100 %
- Medio: entre 60 y 79 %
- Bajo: entre 0 y 59 %

▪ **Enfermedades periodontales**

Describe un grupo de enfermedades que afectan los tejidos de soporte del diente. A lo largo del documento se utilizó el término de enfermedades periodontales para hacer referencia a gingivitis y periodontitis. A partir del índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario, se midió la presencia de gingivitis cuando el paciente presentó a la valoración código 1 y la presencia de periodontitis se determinó a partir de los códigos 2, 3 y 4.

- Código 0: sano, ausencia de signos patológicos
 - Recomendaciones: mantener medidas de prevención
- Código 1: hemorragia al sondeo suave
 - Recomendaciones: instrucción de higiene bucal
- Código 2: cálculo supra o sub gingival
 - Recomendaciones: instrucción de higiene bucal, eliminación de cálculo, eliminación de obturaciones defectuosas

- Código 3: bolsa de 4 a 5 mm
 - Recomendaciones: instrucción de higiene bucal, eliminación de cálculo (raspado y alisado radicular)
- Código 4: bolsa igual o mayor a 6mm
 - Recomendaciones: instrucción de higiene bucal, eliminación de cálculo y raspado y alisado radicular.

8.6 Método de recolección de la información

El estudio se llevó a cabo en pacientes de 25 a 60 años de edad que utilizaron los servicios de salud de la Facultad de Odontología de la UNAM, en el mes de octubre del 2008 y que autorizaron participar a través del consentimiento informado, con previa autorización de los encargados de la Clínica de Admisión y Diagnóstico de la Facultad de Odontología.

El estudio, constó de dos etapas:

- **Primera etapa:** Autoaplicación de un cuestionario con preguntas relacionadas con conceptos sobre enfermedades periodontales. El cual previo a su aplicación, fue revisado por odontólogos, académicos (revisores) y población en general para conocer si las preguntas tenían relación con los objetivos del estudio, si era sencillo para su manejo y entendible.

El cuestionario se conformó por 18 preguntas que se dividieron en cuatro grupos, dentro de los que se encuentran: 1) Preguntas de conocimiento

general, 2) Conocimiento sobre enfermedades periodontales, 3) Conocimiento sobre indicadores de enfermedades periodontales y 4) Conocimiento sobre factores de riesgo.

El cuestionario fue dividido en éstas categorías para facilitar la descripción de los resultados.

En el grupo 1, se encuentran las preguntas relacionadas con ¿Para qué consideras que son importantes los dientes?, ¿Cuándo te cepillas los dientes? Y ¿En qué forma?, las cuales se anexaron con la finalidad de que el paciente se fuera familiarizando con el formato del cuestionario.

En el grupo 2, se encuentran las preguntas: 6, 10, 11,12 y 13

- ¿Cuáles son las enfermedades de la boca que conoces?
- ¿Has escuchado hablar de la gingivitis?
- De las siguientes palabras, cuáles utilizarías para explicar ¿qué es la gingivitis?
- ¿Has escuchado hablar de la enfermedad periodontal o enfermedad de las encías?
- De las siguientes palabras, marca con una cruz las opciones que definen la enfermedad periodontal o enfermedad de las encías.

En el grupo 3, se encuentran las preguntas: 7,17 y 18

- ¿Cómo podrías saber que tienes enfermas las encías?

- ¿Cuál de las siguientes características, has identificado en tu encía?
- ¿Crees que puedes padecer enfermedad periodontal?

En el grupo 4, se encuentran las preguntas: 8, 9, 14,15 y 16

- ¿Sabes que es el sarro dental?
- ¿Cuál de las siguientes opciones describe que es el sarro?
- ¿Crees que existe una relación entre la enfermedad de las encías y la diabetes?
- ¿Crees que existe una relación entre la enfermedad de las encías y una persona fumadora?
- ¿Crees que una persona con diabetes se pueda enfermar de las encías con mayor frecuencia que una persona sana?
- **Segunda etapa:** Posterior a la aplicación del cuestionario y previo consentimiento autorizado, se realizó la exploración bucodental (la cual constó de una revisión de signos patognomónicos para la identificación de enfermedades periodontales y de la aplicación del índice de necesidades de tratamiento periodontal comunitario (INTPC). Anexo 5
- Como parte fundamental previo el levantamiento del Índice INTPC, se realizó la calibración de los alumnos que participaron en el estudio, la cual se realizó con el siguiente orden:

- 1) Fase teórica.- Revisión y presentación del índice de forma teórica, descripción de los criterios de evaluación y resolución de las dudas al respecto.
- 2) Fase clínica: Una vez que el equipo de trabajo (tesistas, alumnos de servicio social) comprendió el índice y no existieron dudas al respecto, se procedió a revisar a 10 pacientes que asistieron a la clínica 11 de odontología preventiva, cada alumno revisó al mismo paciente haciendo las anotaciones correspondientes, para después comparar los resultados de cada uno con los obtenidos por la tutora, quien fungió como punto de referencia. Posteriormente se analizaron los errores y se repitió el procedimiento hasta que el porcentaje de aciertos era similar en la mayoría de los encuestadores. De tal manera que de seis encuestadores sólo se eligió a tres debido a la semejanza de los aciertos.
 - Elaboración de una base de datos, para la recolección de la información posterior a la aplicación del cuestionario y la exploración bucal.

La exploración bucal la realizaron las tesistas y el alumno estandarizado, en las unidades dentales de la Clínica de Admisión y de Diagnóstico de la Facultad de Odontología en los turnos matutino y vespertino. Para la exploración bucal se utilizaron barreras de protección, explorador, espejo plano del No. 5 y sonda tipo OMS.

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio implicó la realización de un sondeo, por lo cual se considera un estudio de riesgo mínimo, esto según la Ley General de Salud en materia de la Investigación para la salud, Título segundo, capítulo 1, artículo 17º párrafo II, que requiere la autorización del paciente a partir de un consentimiento bajo información, asegurando al paciente la confidencialidad de la información proporcionada.³²

Asimismo, de acuerdo a la ley general de salud, se les dará a los pacientes una explicación clara y completa del estudio sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que se usarán y su propósito;
- III. Las molestias y los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que pueden obtenerse;
- V. Los procedimientos alterativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad del tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, el caso de daños que ameriten, directamente causados por la investigación.

10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se creó una base de datos con el paquete SPSS (Statistical Package for the Social Sciences™ versión 13.0 para Windows) con la finalidad de concentrar la información recabada de los cuestionarios y de la exploración bucal. El análisis descriptivo consistió en la obtención de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas: sexo, edad y para cada una de las preguntas del cuestionario, así como para la presencia de enfermedades periodontales.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis bivariado, con la finalidad de conocer si las personas que desconocen la enfermedad tienen mayor riesgo de padecerla, para lo cual se estimó la asociación a partir de la Razón de Prevalencia (RP) con una confiabilidad de los datos en un 95% (IC 95%), por último, sólo en caso de encontrar una asociación estadísticamente significativa se estimó la prueba de X_{MH} (Mantel y Haenszel) para conocer si los resultados no se debieron al azar.

11. RESULTADOS

Parte I. Descripción de los datos

El estudio estuvo conformado por 408 personas que ingresaron como pacientes a la Facultad de Odontología en el mes de octubre del 2008. Dentro de los cuales, 68 % (277) fueron mujeres y 32 % (131) hombres. El intervalo de edad quedó comprendido entre los 25 y los 60 años. Con un promedio de 38 ± 10.9 años de edad. La tasa de no respuesta fue del 20 % (105 pacientes).

Respecto al estado periodontal, 17% (69) de los pacientes valorados, presentaron periodonto sano, mientras que, 83% (339) restante presentó alguna periodontopatía, de los cuales, 18% (74) presentaron signos de gingivitis, mientras que, 65% (265) padecían periodontitis. Cuadro1 .

Cuadro1. Condición periodontal de los pacientes de ingreso en la FO

CONDICIÓN PERIODONTAL	PACIENTES	
	n	%
Enfermedades periodontales	339	83
Pacientes con periodonto sano	69	17
Total	408	100

FUENTE: Directa

De los pacientes con periodontitis 22% (89) presentaron recesión gingival y sólo 1% (3) movilidad dental grado II. Gráfica 2

Cuadro 2. Pacientes con periodontitis que presentan movilidad y recesión gingival

CONDICIÓN PERIODONTAL	PACIENTES	
	n	%
Recesión gingival	89	22
Movilidad dental	3	1
Total	92	23

FUENTE: Directa

Asimismo, las necesidades de tratamiento identificadas en la población de estudio, refieren que 74 pacientes (18%) requieren sólo instrucciones de higiene bucal, debido a que presentan un periodonto sano; 210 pacientes (52%) requieren tratamientos como profilaxis, eliminación de cálculo y eliminación de obturaciones defectuosas y 124 pacientes (30%) requieren de tratamientos quirúrgicos en los que se involucran raspados y alisados y curetajes abiertos. Cuadro 3.

Cuadro 3. Necesidades de tratamiento periodontal a partir del INTPC en pacientes de ingreso

NECESIDAD DE TRATAMIENTO	PACIENTES	
	n	%
Instrucción de higiene bucal	74	18
Pulido dental, eliminación de cálculo y obturaciones defectuosas	210	52
Tratamiento quirúrgico	124	30
Total	408	100

FUENTE: Directa

Con relación al conocimiento sobre enfermedades periodontales, el nivel de conocimiento en 84% de la población (342 pacientes) fue bajo, en función de que sólo obtuvieron máximo 12 respuestas correctas. El nivel de conocimiento alto, sólo se observó en 11 pacientes (3%), con ≥ 17 respuestas correctas. Cuadro 4.

Cuadro 4. Nivel de conocimiento sobre enfermedades periodontales

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PACIENTES	
	n	%
Bajo	342	84
Medio	55	13
Alto	11	3
Total	408	100

FUENTE: Directa

Respecto a las respuestas relacionadas con información general sobre la salud bucal, los resultados pueden observarse en el cuadro 5, en el cual, se describe que 91% de los pacientes respondió que los dientes sirven para hablar; 22% que se cepillan los dientes al levantarse, después de la comida y al acostarse; 57% que lo hace de forma vertical y 51% que lo hace de forma circular.

Cuadro 5. Preguntas de conocimiento general

	Pacientes	
	n	%
PARA QUE TE SIRVEN LOS DIENTES		
Hablar	373	91
Masticar	123	30
Relaciones sociales	86	21
No sé	4	1
EN QUÉ MOMENTO TE CEPILLAS LOS DIENTES		
Al levantarse	226	55
Después del desayuno	172	42
Después de la comida	180	44
Al acostarse	257	63
Tres veces al día	88	22
TÉCNICA DE CEPILLADO		
Horizontal	154	38
Vertical	231	57
Circular	207	51

FUENTE: Directa

Siguiendo con el orden de las preguntas y respecto a las enfermedades que pueden estar presentes en boca, 79% de los pacientes reconoció a la caries como una enfermedad presente, 2% a la enfermedad periodontal y sólo 16% mencionó ambas. Con relación a la pregunta sobre identificación de los signos patológicos de la encía, la mayoría de los pacientes (62%), identifica la enfermedad a partir del sangrado, 55% por inflamación y 29% por mal aliento.

Cuadro 6.

Cuadro 6. Conocimiento sobre enfermedades periodontales

ENFERMEDADES DE LA BOCA	Pacientes	
	n	%
Caries	321	79
Enfermedad periodontal	10	2
Caries y enfermedad periodontal	66	16
No sé	12	3
IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS PATOLÓGICOS DE LA ENCÍA		
Por visitar al dentista	104	25
Inflamación	225	55
Sangrado	253	62
Supuración	52	13
Mal aliento	118	29
No sé	15	4

FUENTE: Directa

Por otro lado, respecto a la pregunta en la que se cuestionaba a los pacientes sobre el término de gingivitis, 76% mencionó haber escuchado sobre el tema, sin embargo, cuando se les pidió que lo definieran, los pacientes manejaban en su mayoría aspectos aislados, es decir, 63% asoció la gingivitis con encías que sangran, 44% con encías rojas y 15% con mal aliento; sólo 5% definió a la gingivitis con los tres aspectos anteriores. Cuadro 6a.

Cuadro 6a. Conocimiento sobre enfermedades periodontales (gingivitis)

¿HAS ESCUCHADO HABLAR DE LA GINGIVITIS?	n	%
Si	309	76
No	99	24
DEFINICION DE GINGIVITIS	n	%
Dientes flojos	56	14
Mal aliento	62	15
Dientes rotos	3	1
Dientes más largos	15	4
Encías que sangran	257	63
Lengua blanca	10	2
Mucho dolor	32	8
Cachetes hinchados	9	2
Encías rojas	179	44
Mal aliento, encías que sangran y encías rojas	20	5

FUENTE: Directa

Respecto a las preguntas de enfermedad periodontal, 45% mencionó conocer el término y nuevamente las respuestas con relación a la definición de la enfermedad fueron aisladas y sólo el 0.2% asoció los signos de la enfermedad periodontal establecidos como correctos. Cuadro 6b.

Cuadro 6b. Conocimiento sobre enfermedades periodontales (periodontitis)

¿HAS ESCUCHADO HABLAR DE ENFERMEDAD PERIODONTAL?	n	%
Si	184	45
No	224	55
DEFINICIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	n	%
Encías que sangran	158	39
Caries	43	10
Dientes que parecen mas largos	55	13
Manchas en los dientes	21	21
Sarro	43	10
Encías que sangran, dientes más largos, manchas en los dientes y sarro.	1	0.2

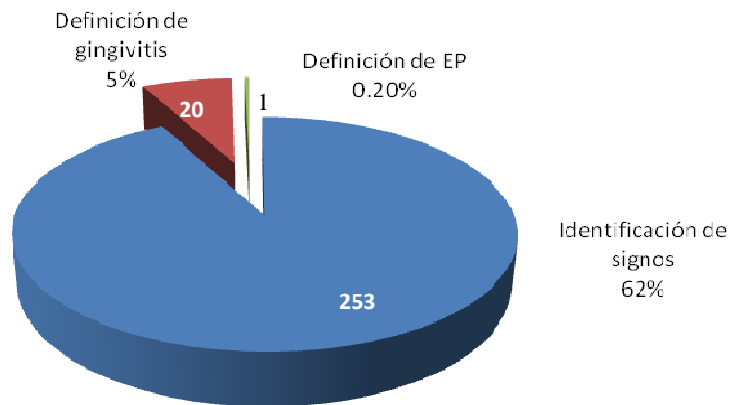
FUENTE: Directa

De forma general, a continuación se presenta en un gráfico el porcentaje de respuestas correctas respecto al conocimiento general de enfermedades periodontales (identificación de signos, definición de periodontitis y gingivitis).

Gráfica 1.

En el cual se observa que 253 pacientes (62%) identificaron correctamente los signos de enfermedades periodontales, mientras que 20 pacientes (5%) definió correctamente gingivitis y únicamente .2% (1) periodontitis.

Gráfica 1. Porcentaje de respuestas correctas sobre enfermedades periodontales



FUENTE: Directa

Referente al término de cálculo dental, ocurrió algo similar a lo anteriormente descrito; 81% de la población afirmó conocer que es el cálculo dental, pero sólo 60% lo define correctamente. Cuadro 7.

Cuadro 7. Conocimiento sobre factores de riesgo

CONOCIMIENTO SOBRE CÁLCULO DENTAL	n	%
Si	330	81
No	78	19
DEFINICIÓN DE CÁLCULO DENTAL	N	%
Macilla adherida a los dientes	59	14
Comida que se queda entre los dientes	29	7
Manchas amarillas en los dientes	79	19
Capa dura entre los dientes	246	60

FUENTE: Directa

Respecto a la relación entre la enfermedad periodontal y la diabetes, 45% de las personas mencionó no saber que exista una relación. Sin embargo, cuando se les cuestionó sobre la posibilidad de que un paciente diabético presente enfermedad periodontal con mayor frecuencia que una persona sana, 65% refirió que sí. Asimismo a la respuesta obtenida sobre la presencia de la enfermedad en personas que fuman, en la cual, 69% de las personas contestó que es probable que exista una relación entre ambas. Cuadro 8.

Cuadro 8. Conocimiento sobre factores de riesgo

RELACION ENTRE ENFERMEDAD	n	%
PERIODONTAL Y DIABETES		
Si	153	38
No	70	17
No sé	185	45
RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD	n	%
PERIODONTAL Y TABAQUISMO		
Si	283	69
No	31	8
No sé	94	23
RELACION ENTRE ENFERMEDAD	n	%
PERIODONTAL, DIABETES Y PERSONA SANA		
Si	264	65
No	19	5
No sé	125	30

FUENTE: Directa

Por último, 45% de los pacientes ha identificado que sangra su encía, 34% que presenta inflamación, 19% enrojecimiento de la encía, 16% refirió tener dientes flojos, 15% mencionó darse cuenta de que tiene o tuvo cambio en la posición de sus dientes y 22% mencionó no detectar ninguna de las características anteriores.

Cuadro 9.

Cuadro 9. Enfermedades periodontales e identificación de signos

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS PATOLÓGICOS	n	%
EN TU ENCÍA		
Sangrado	182	45
Enrojecimiento	79	19
Inflamación	139	34
Dientes flojos	64	16
Cambio de posición en los dientes	60	15
Ninguna	89	22
RIESGO DE PADECER ENFERMEDAD	n	%
PERIODONTAL		
Si	236	58
No	172	42

FUENTE: Directa

Asimismo, cuando se les preguntó a los pacientes si creían que podían padecer la enfermedad, 58% refirió que sí y 42% que no. Cabe mencionar, que a la exploración clínica 96% (394) de los pacientes tenían al menos un indicador de enfermedad periodontal.

Parte II. Asociación de las variables

En el cuadro 10 se analizó la presencia de las enfermedades periodontales de acuerdo al sexo de los pacientes, se puede observar que 35% de los hombres y 65% de las mujeres las presentaron. Al cruzar la variable de enfermedad periodontal con el sexo, se observó que los hombres tienen 2.68 veces más riesgo de padecerlas. (RP = 2.68; IC = 95%; p= 0.003)

Cuadro 10. Asociación entre la presencia de enfermedades periodontales y el sexo del paciente

SEXO	ENFERMEDADES PERIODONTALES		
	Presente n (%)	Ausente n (%)	Total n (%)
Hombre	119 (35)	12 (17)	131 (32)
Mujer	220 (65)	57 (83)	277(68)
Total	339 (100)	69 (100)	408 (100)

Fuente: Directa

RP = 2.68; IC = 95%; p= 0.003

Asimismo, al analizar la enfermedad periodontal con la edad clasificada como adulto joven (20 a 40 años) y adulto (41 a 65 años), se observó que la presencia de la misma entre ambos grupos tuvo una diferencia del 14%, (adulto joven = 57% y adulto = 43%). Diferencia que no fue estadísticamente significativa y en la cual el riesgo de padecer la enfermedad en los hombres comparados con las mujeres fue menor de uno. (RP = 0.80; IC= 0.47 – 1.35; p= 0.49). Cuadro 11.

Cuadro 11. Asociación entre la presencia de enfermedad periodontal y la edad (adulto joven y/o adulto)

EDAD	ENFERMEDADES PERIODONTALES		
	Presente	Ausente	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Adulto joven (20 a 40 años)	191 (57)	44 (62)	235 (58)
Adulto (41 a 65 años)	146 (43)	27 (38)	173 (42)
Total	337 (100)	71 (100)	408 (100)

Fuente: Directa RP = 0.80; IC= 0.47 – 1.35; p= 0.49).

Asimismo, al analizar la presencia de enfermedades periodontales con el nivel de conocimiento, se observó que 69% de los pacientes enfermos periodontalmente fueron clasificados con un nivel de conocimiento bajo, lo que nos sugiere que clínicamente existe asociación, sin embargo, ésta asociación no fue estadísticamente significativa, es decir, no se encontró relación entre el conocimiento sobre la enfermedad y su presencia. Por lo tanto, la hipótesis se rechaza. Cuadro 12.

Cuadro 12. Asociación entre la presencia de enfermedades periodontales y el nivel de conocimientos sobre la enfermedad

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ENFERMEDADES PERIODONTALES		RP	IC	p
	Presente n (%)	Ausente n (%)			
Bajo	281 (69)	59 (14)	1.00*		
Medio	48 (12)	7 (2)	0.55	0.44 – 2.17	0.51
Alto	8 (2)	3 (1)	1.78	0.46 – 6.93	0.65

*punto referencia
FUENTE: Directa

Respecto a la necesidad de tratamiento, se decidió conocer la relación entre éstas y la edad de los pacientes. Los resultados encontrados señalaron que, 7% de los adultos jóvenes y 32% de los adultos requieren tratamientos quirúrgicos, mientras que, 68% de los pacientes jóvenes y 59% de los adultos requieren tratamientos preventivos. Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas.

Cuadro 13.

Cuadro 13. Asociación entre las necesidades de tratamiento y la edad de los pacientes

NECESIDAD DE TRATAMIENTO	EDAD		RP	IC	P
	Adulto joven	Adulto			
	n (%)	n (%)			
Necesidad quirúrgica	17 (7)	56 (32)	1.00		
Necesidad preventiva	159 (68)	102 (59)	0.19	0.10 – 0.35	0.000
Sin necesidad	59 (25)	15 (9)	0.07	0.03 – 0.16	0.000

FUENTE: Directa

Por último, cabe señalar que al asociar la variable de necesidades de tratamiento con el nivel de conocimiento, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, por lo tanto la necesidad de tratamiento no tiene relación alguna entre estas. Sin embargo las personas que demostraron tener un conocimiento bajo, requerían mayor necesidad de tratamiento. Cuadro 14.

Cuadro 14. Asociación entre las necesidades de tratamiento y el nivel de conocimiento sobre la enfermedad

NIVEL DE CONOCIMIENTO	NECESIDAD DE TRATAMIENTO			p
	Quirúrgico	Preventivo	RP	
	n (%)	n (%)		
Bajo	110(88)	154 (84)	1.00	
Medio	14(11)	25(14)	1.18	0.54 – 2.58
Alto	1 (1)	3 (2)	1.43	0.16 – 12.53

FUENTE: Directa

12. DISCUSIÓN

De acuerdo al Programa Nacional de Salud 2001 – 2003, la prevalencia de enfermedad periodontal es del 70% y afecta en mayor proporción a la población adulta. Asimismo, Tascón²², Schouten²³, Mendoza²⁶ y Guerrero del Ángel³³, refieren en sus respectivos estudios que la prevalencia de éstas enfermedades en adultos se sitúa alrededor del 97%, lo cual, es comparable con los resultados de nuestro estudio (83%).

Por otro lado la información referida por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), publicó en el año 2005, después de la revisión de 2466 pacientes en clínicas de asistencia pública de la Ciudad de México, que la presencia de enfermedades periodontales aumentó con la edad. Asimismo, registró que a la edad de 35 a 44 años (28%) aumentaba la presencia de estas, misma que disminuía a la edad de 60 años (13%).³⁴

Asimismo en el presente estudio se registró la presencia de periodontitis en adulto joven (20 a 40 años) en un 57% y en adulto (41 a 65 años) en un 43%; cifras más elevadas que las reportadas por el CENAVECE³⁴

Sin embargo, en un estudio realizado en la Universidad de Tamaulipas por Guerrero del Ángel y colaboradores describe que la distribución de enfermedades periodontales por grupos de edad, de acuerdo a los criterios de clasificación, se observó una mayor prevalencia en la edad más productiva de 35-44 años.³³

Con base a lo anterior, Mendoza y colaboradores señalan que debido a la gran variabilidad de las poblaciones estudiadas, de los indicadores de enfermedad utilizados, los métodos de examen, las características de los examinadores y las condiciones del examen, el resumen de las estimaciones de prevalencia reportadas en los diferentes estudios deben de tomarse con precaución, ya que los resultados no son homogéneos ni comparables entre sí. Sin embargo, en términos generales, es posible concluir que la prevalencia de enfermedades periodontales varía entre 3.75% y 100% siendo mayor la magnitud del daño periodontal a medida que avanza la edad.²⁶

En múltiples estudios relacionados con las enfermedades periodontales, se utiliza para su medición el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal Comunitario, por ser un indicador de fácil aplicación y estar adoptado por la OMS.

En ese sentido Tascón,²² en el año 2003, realizó un estudio en población adulta y refirió que la mayoría (92.9%) presentaba necesidad de tratamiento código 2 (Nt 2), es decir, requería de eliminación de cálculo y profilaxis, más instrucciones de higiene oral. Resultado por arriba de lo referido en nuestro estudio, pero que se asemeja en función a que el mayor porcentaje (52%) de nuestra población también presentó necesidades de tratamiento código 2. Por otro lado en el presente estudio aparece un 39% con necesidad de tratamiento código 4, lo anterior coincide con Mendoza y colaboradores en cuanto a severidad periodontal

ya que en su estudio se revela hasta el 45% de severidad periodontal demostrada con el código 4 de necesidades de tratamiento ²⁶.

Con relación al nivel de conocimientos, los resultados de la presente investigación reportan que 58% de los participantes creen que pueden padecer la enfermedad, mientras que los datos clínicos muestran que, 83% tienen por lo menos un marcador periodontal, lo que demuestra que casi todos los pacientes ignoran la posibilidad de padecer la enfermedad.

Este hallazgo además de ser similar al referido por Schouten²³, se debe considerar como importante, esto debido a que ésta enfermedad en sus estadios iniciales no genera dolor, muchos pacientes no se consideran enfermos, y por ello, tampoco asisten a consulta odontológica, pese a que existe sangrado gingival.

Por otra parte Tascón, propone en sus resultados que la presencia de la enfermedad no se asocia con la percepción de la misma, resultados que estadísticamente se identificaron ($p=0.052$), es decir, el hecho de tener el conocimiento sobre enfermedades periodontales no condiciona una boca sana²².

Por otro lado Guerrero del Ángel demuestra en su estudio, que el sexo masculino presenta una ligera diferencia de periodontitis moderada, siendo lo contrario en periodontitis incipiente, siendo el sexo femenino el más afectado. En cuanto a la periodontitis avanzada existe una ligera diferencia por sexo; 79.4% de los hombres

presentan periodontitis moderada a diferencia de las mujeres quienes presentan 71.8%, del mismo modo, se puede observar que 17.7% de los hombres padecen periodontitis avanzada a diferencia de sólo el 15.5% de las mujeres.³³

Lo cual, es comparable con el presente estudio, debido a que el sexo masculino registró 91% de enfermedades periodontales con una diferencia del 79% respecto al sexo femenino. Al analizar las variables se pudo apreciar que, el sexo masculino es un factor de riesgo para padecer la enfermedad.

13. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio señalaron que más de la mitad de los pacientes encuestados tienen conocimiento bajo, sobre enfermedades periodontales.

Éstos resultados señalan que los pacientes reconocen algunos términos de forma aislada pero les es difícil asociarlos con la enfermedad periodontal.

Al preguntar a los pacientes si consideraban que podían padecer en algún momento enfermedad periodontal, la mayoría respondió que no, a pesar de que más del 80% de ellos, la padece, reconociendo que las personas con diabetes o que fuman tienen más riesgo de enfermar.

Este hallazgo se debe considerar como importante, porque como esta enfermedad en sus estadios iniciales no genera dolor, muchos pacientes no se consideran estar enfermos, por ello, tampoco asisten a consulta odontológica. Esto se atribuye a la poca información que reciben, tanto de parte del odontólogo como de alguna otra fuente de información.

Asimismo, se observó que 52% de la población requiere tratamientos como profilaxis, eliminación de cálculo y eliminación de obturaciones defectuosas, lo cual, no puede ser considerado como benéfico debido a que lo ideal es que el mayor porcentaje de la población sólo requiera prevención del daño.

Todo lo anterior destaca que es urgente el establecimiento de programas comunitarios de educación para la salud bucal, dirigido a la población en general por ello proponemos:

1. Recomendar cuidados personales basados en buena información personalizada a los pacientes, lo que constituye una estrategia eficaz para retardar o disminuir el desarrollo y prevenir las enfermedades periodontales con el propósito de disminuir la morbilidad.
2. Promover una buena interacción paciente-profesional de la salud oral.
3. Nuestro análisis nos lleva a reafirmar la importancia para que el paciente conozca cómo se desarrolla las enfermedades periodontales, qué factores las causan y cuáles son sus signos y síntomas más significativos.
4. Tener en cuenta las necesidades del paciente conforme a cada contexto para mejorar un programa educativo.
5. La clínica de Admisión y Diagnóstico de la Facultad de Odontología puede ser un punto clave para ofrecer información visual ya que ahí los pacientes comienzan los trámites para atención dental, así que proponemos la colocación de carteles informativos acerca de patologías bucodentales ya que observamos su ausencia y de esta manera el paciente puede informarse en el momento que espera su revisión (anexo7). Sin embargo, en clínicas donde se concentra la población diagnosticada con enfermedad periodontal (Periodoncia) sería pertinente y de gran ayuda ofrecer folletos

con información suficiente sobre enfermedad periodontal, su prevención y mantenimiento de una boca sana. Además de implementar de igual manera en las clínicas restantes esta propuesta para la prevención de la misma.

Por último, consideramos que este estudio puede mejorar si se aplica una encuesta y en conjunto una entrevista (estudio cualitativo), con la cual, se pueda conocer la percepción que el paciente tiene sobre la enfermedad periodontal y con base a sus creencias realizar carteles informativos sobre los mitos con la finalidad de modificar su percepción.

Nos referimos solo al conocimiento porque consideramos que es algo tangible y que está a nuestro alcance para crear un cambio, sabemos que los cambios involucran actitudes y habilidades, sin embargo, éstas son más difíciles de modificar.

14. REFERENCIAS

- ¹ Spolsky VM. Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal. Capítulo 5. Periodontología Clínica. Octava edición. México DF, Mc Graw-Hill Interamericana 1998; 66 – 87.
- ² Hamasha AA, Sasa I, Al-Qudah M. Risk Indicators associated with tooth loss in Jordania adults. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28(1):67-72.
- ³ Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme, Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 Suppl 1:3-23.
- ⁴ Mazariegos CML, Vera HH, Velásquez MO, Casta CM. Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaría de Salud en la salud bucal. Revista ADM 2004; 56 (2): 70-77.
- ⁵ Burt B. Position paper: epidemiology of periodontal diseases, J Periodontol 2005; 76(8): 1406-1419.
- ⁶ Rose LF, Genco RJ, Cohen DW, Mealey BL. Periodontal medicine. New York: B.C. Decker Inc.; 2000.
- ⁷ Moore LV et al. Bacteriology of human gingivitis. J Dent Res 1987; 66(5): 989-995.
- ⁸ Osorio I, Burastine TH, Espaillat R. Phenytoin-induced seizures: A Paradoxical Effect at Toxic Concentrations in Epileptic Patients. Journal of the International League Against Epilepsy 1989;30(2):230-34.
- ⁹ Rojas G, Latorre R, Ortega AV. Depresión Mayor y Salud Oral: Rol de los Fármacos Antidepresivos. Rev Chil Neuro – Psiquiat 2000; 38(2): 126 – 130.
- ¹⁰ Bergström J, Prever H. Tobacco smoking and risk for periodontal disease. J of Clinical Periodontology 2003;30: 107-113.
- ¹¹ Prever H, Bergström J. Occurrence of gingival bleeding in smoker and nonsmoker patients. Acta Odont Scand 1985;43:315-320.
- ¹² Grossi S, Zambon J, Manchtei E. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. J Am Dent Assoc 1997; 128(5): 599-607.
- ¹³ Tonetti M. Cigarette smoking and diseases. Etiology and management of diseases. Ann Periodontol 1998;31(1):88-101
- ¹⁴ Toledo B, González E, Tabaquismo y enfermedad periodontal Hospital Militar “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Rev Cubana Med Milit 2002;31(2):94-9
- ¹⁵ Frenk J, Tapia R. Manual para atención odontológica para el paciente con Diabetes. Secretaría de Salud. 2000. pp. 5 – 51
- ¹⁶ Encuesta Nacional De Salud 2000. La Salud de los Adultos. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. pp. 48 - 57
- ¹⁷ Bridges R, Anderson J, Saxe S, Gregory S, Brides S. Periodontal status of Diabetic and Non Diabetic Men: Effects of Smoking, Glycemic Control, and Socioeconomic Factors. J Periodontol 1996; 67(11): 1185 – 1192.
- ¹⁸ Oliver RC, Terrohen T. Diabetes a risk factor for periodontitis in adults?. J Periodontol 1994; 65 (5 suppl): 530-8
- ¹⁹ Piedrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Editorial Masson 2001, Barcelona España. pp.221-226
- ²⁰ Piña, B y cols. Factores de riesgo en la comunidad. Departamento de epidemiología y comunidad UNAM. México. 1990; (1):71- 73.
- ²¹ Calatrava, LA. La producción de conocimiento en salud bucal. Un bien escaso y costoso. Revista Ciencia Odontológica Universidad de Zulia. Diciembre 2004;1(2):3-4.
- ²² Tascón, JE y cols. Creencias, prácticas y necesidades de tratamiento en una población adulta de Cali, 2003. Colombia julio-septiembre 2006;37(3):2-7.
- ²³ Schouten BC y cols. Patient participation during dental consultations: the influence of patients' characteristics and dentists' behavior. Community Dent Oral Epidemiology 2003;31:368-377.
- ²⁴ Ruiz N. y cols. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Cuba.2004;8(3):2.
- ²⁵ Renz A, I de M, Newton T, Robinson PG, Smith D. Intervenciones psicológicas para mejorar el cumplimiento de las instrucciones sobre higiene oral en adultos con enfermedades periodontales (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.

- ²⁶ Mendoza C, Arteaga O, Gamonal J. Investigación Epidemiológica en Enfermedades Periodontales en América Latina. Rev Chil Period Oseoint 2006; 3(3): 7-13.
- ²⁷ Betancourt Cravioto M, Sánchez Montes J, Manual para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades bucales, Secretaría de Salud. Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México 2005: 32-33
- ²⁸ Gamonal JA, López NL, Aranda W. Periodontal concitions and treatment needs, by CPITN, in the 35-44 and 65-74 years old popultation in Santiago, Chile. Int Dent J 1998; 48:96-103.
- ²⁹ OMS. Encuestas en salud oral: Métodos básicos. 4ta ed. Genova: Organización Mundial de la Salud; 1997.
- ³⁰ Gjermo. Periodontal Diseases in Central and South America. Periodontol 2000-2002;29:670-678.
- ³¹ Hans PM. Periodontología. Manual Moderno. México 2006.pp. 62-64.
- ³² Ley General de Salud en materia de la Investigación para la salud, Título segundo, capítulo 1, artículo 17º párrafo II, documento disponible en <http://www.salud.gob.mx>
- ³³ Guerrero del Ángel, Identificación de factores de riesgo asociado a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas, Revista de la Asociación Dental Mexicana,2004,(61):4
- ³⁴ SSA. México: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Subdirección de Salud Bucal. Programa de Acción en Salud Bucal 2000-2006.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
JEFATURA DE ODONTOLOGIA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Oficio: 03/10/08
Asunto: Solicitud de apoyo

Dr. Manuel Lazzeri Ferrández
Secretario General de la Facultad de Odontología
P r e s e n t e

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meéndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad me dirijo a Ud. para solicitar su apoyo a fin de que las alumnas Berenice Gloria Velasco y Daniela Alejandra Favila Moreno puedan realizar su trabajo de tesis en la Clínica de Admisión y de Diagnóstico, coordinada en el turno matutino por la Dra. Elizabeth Powell Castañeda y en el turno vespertino por el Dr. Justo Candelario Zapata Acosta. Con la finalidad de obtener información referente a los conocimientos sobre enfermedad periodontal y necesidades de tratamiento de los pacientes que solicitan atención dental de lunes a viernes, en el siguiente horario:

Matutino: 10:00 a 14:00
Vespertino: 15:30 a 19:00 hrs.

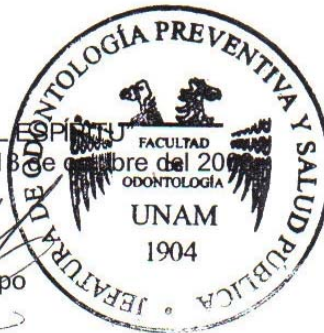
Asimismo, le informo que el cuestionario y la exploración bucal no representa alteración alguna para las actividades de los alumnos que les apoyan ni para los profesores; mismo que se anexa a este documento.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÉ EL ESPañOL"
Ciudad Universitaria, DF a 18 de octubre del 2008

Dra. Arcelia Meéndez Ocampo
Jefatura



ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

ENFERMEDAD PERIODONTAL O ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS

El cuestionario y la revisión bucal que se aplicarán si deseas participar forma parte de una investigación sobre asuntos relacionados con las personas que solicitan atención dental a la Facultad de Odontología. Las preguntas que se te harán a continuación tienen que ver con datos generales como tu edad y sexo. Otras están relacionadas con lo que conoces de la enfermedad periodontal, también conocida como enfermedad de las encías.

Para nosotros es muy valioso conocer tu opinión y tu experiencia, por eso es muy importante que procures contestar todas las preguntas de la forma más sincera y cuidadosa.

Yo _____ manifiesto haber recibido la información completa sobre el objetivo del cuestionario y de la exploración bucal que recibiré en la Clínica de Admisión y de Diagnóstico, y estoy de acuerdo en participar de manera voluntaria a través de la información anónima que proporcione. Tomando en consideración que los datos obtenidos como resultado serán confidenciales y utilizados exclusivamente con fines estadísticos.

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Responsables:

Berenice Gloria Velasco
Daniela Favila Moreno

ANEXO 3

EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO

Las preguntas del cuestionario serán evaluadas a partir del número de aciertos de cada una, a continuación por cada pregunta se especifica las respuestas que serán consideradas como correctas.

EP3, 4 y 5. No se considera dentro de la evaluación del cuestionario, es una pregunta que servirá para que el paciente comience a familiarizarse con el cuestionario.

EP6		EP13	
a y b	2 puntos	a, c, d y e	4 puntos
Si contesta solo una de las anteriores	1 punto	Si contesta solo una de las anteriores	1 punto
c y d	Cero puntos	b	Cero puntos
EP7		EP14	
b, c, d y e	4 puntos	a	1 puntos
Si contesta solo una de las anteriores	1 punto	b	Cero puntos
a y f	Cero puntos	EP15	
EP8		a	1 punto
a	1 puntos	b y c	Cero puntos
b	Cero puntos	EP16	
EP9		a	1 punto
c y d	2 puntos	b y c	Cero puntos
Si contesta solo una de las anteriores	1 punto	EP17	
a y b	Cero puntos	a, b, c, d y e	5 puntos
EP10		Si contesta solo una de las anteriores	1 punto
a	1 punto	f	Cero punto
b	Cero puntos	EP18	
EP11		b y d	2 puntos
b, e, i	3 puntos	Si contesta solo una de las anteriores	1 punto
Si contesta solo una de las anteriores	1 punto	a, c, e y f	Cero puntos
EP12			
a	1 punto		
b	Cero puntos		

El puntaje se obtendrá a partir de una regla de tres, donde el 100% representa la suma de las respuestas correctas (21).

ANEXO 4

ENFERMEDAD PERIODONTAL O ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS

Fecha: __/__/08

INSTRUCCIONES

Considera que **ESTO NO ES UN EXAMEN**, por lo tanto **NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS**. Lee con atención y responde con cuidado y sinceridad a las preguntas. En cada pregunta busca la respuesta que resulte más adecuada para ti, márcala con una cruz o un círculo sobre la letra que se encuentra a un costado.

EP1. Eres	Hombre.....1
	Mujer.....2

EP2. ¿Cuántos años tienes?	_____
----------------------------	-------

EP3. ¿Para qué consideras que son importantes los dientes?	a) Para masticar b) Para hablar c) Para las relaciones sociales d) No sé
EP4. ¿Cuándo te cepillas los dientes?	a) Al levantarse b) Después del desayuno c) Después de la comida d) Al acostarse
EP5. ¿En qué forma?	a) Horizontal b) Vertical c) Circular
EP6. ¿Cuáles son las enfermedades de la boca que conoces?	a) Caries b) Enfermedad periodontal c) No sé
EP7. ¿Cómo podrías saber que tienes enfermas las encías?	a) Por visitar al dentista b) Inflamación c) Sangrado d) Supuración e) Mal aliento f) No sé
EP8. ¿Sabes que es el sarro dental? Si tu respuesta es No , pasa a la pregunta 10	a) Si b) No
EP9. ¿Cuál de las siguientes opciones describe que es el sarro?	a) Macilla adherida a los dientes b) Comida que se queda entre los dientes c) Manchas amarillas en los dientes d) Capa dura pegada a los dientes
EP10. ¿Has escuchado hablar de la gingivitis? En caso de No, pasa a la pregunta 12	a) Si b) No

EP11. De las siguientes palabras, cuales utilizarías para explicar ¿qué es la gingivitis? Puedes marcar más de una respuesta	a) Dientes flojos b) Mal aliento c) Dientes rotos d) Dientes más largos e) Encías que sangran f) Lengua blanca g) Mucho dolor h) Cachetes hinchados i) Encías rojas
EP12 ¿Has escuchado hablar de la enfermedad periodontal o enfermedad de las encías? Si tu respuesta es No , pasa a la pregunta 14	a) Si b) No
EP13 De las siguientes palabras, marca con una cruz, las opciones que definen que es la enfermedad periodontal o enfermedad de las encías. Puedes marcar más de una opción.	a) Encías que sangran b) Caries c) Dientes que parecen más largos d) Manchas en los dientes e) Sarro
EP14. ¿Crees que exista una relación entre la enfermedad de las encías y la diabetes?	a) Si b) No c) No sé
EP15 ¿Crees que exista una relación entre la enfermedad de las encías y una persona fumadora?	a) Si b) No c) No sé
EP16. ¿Crees que una persona con diabetes se pueda enfermar de las encías con mayor frecuencia que una persona sana?	a) Si b) No c) No sé
EP17. ¿Cuál de las siguientes características has identificado en tu encía?	a) Sangrado b) Enrojecimiento c) Inflamación d) Dientes flojos e) Cambio de posición de los dientes f) Ninguna
EP18. ¿Crees que puedes padecer enfermedad periodontal?	a) Si b) No

Agradecemos tu participación, y reiteramos que la información obtenida en este estudio, será utilizada con estricta confidencialidad.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

BGV/DFM

ANEXO 5

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: (F) (M) Folio: _____

SIGNOS PATOGNOMÓNICOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

SIGNOS	17-16	11-21	26-27	37-36	31-41	46-47
Retracción de encías						
Movilidad						
Bolsa periodontal ≥ 4 mm						

INDICE DE NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTALCOMUNITARIO (INTPC)

Código	Criterio
Código 0	Tejidos periodontales sanos.
Código 1	Sangrado observado hasta 30 segundos después del sondeo. Si no hay bolsa o cálculo, pero el sangrado esta presente se registra el código 1 en ese sextante.
Código 2	Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas.
Código 3	Bolsa patológica de 3.5 a 5.5 mm ó más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.
Código 4	Bolsa patológica de 5.5mm ó más, el área negra de la sonda no se ve.
Nota: si el diente examinado se halla con un valor de 5.5 mm ó más, este valor se le asigna al sextante.	

17 -16	11-21	26-27
46-47	31-41	36-37

¿Cómo debo cepillarme los dientes?



1. Los dientes de arriba hacia abajo



2. Los dientes de enfrente se cepillan hacia fuera.



3. Las muelas se cepillan en forma circular



4. Los dientes de arriba se cepillan hacia arriba



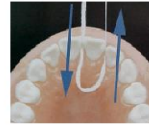
5. Los dientes de abajo se cepillan hacia fuera



La lengua se cepilla con movimientos suaves, hacia fuera.

Un complemento importante es el hilo dental:

¡OJO! No debes de utilizar cualquier hilo, por ejemplo: hilo de coser, por que puede lastimarte.



1. Introduce el hilo entre los dientes y deslízalo suavemente de adentro hacia fuera.



Elaborado por:
Berenice Gloria Velasco
Daniela Favila Moreno



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNAM

¿Porqué debo cuidar mi boca?



¡¡La información es la llave de tu salud!!

¡ALERTA!
Debes tener cuidado con tu boca

La falta de limpieza ocasiona:



- Caries
- Sangrado
- Inflamación de la encía
- Mal aliento
- Movilidad de los dientes

¿Cómo lo puedes evitar?

- Cepilla tus dientes después de cada comida
- Toma líquidos
- Evita tomar café y fumar
- Evita alimentos pegajosos

Caries



La caries se observan como manchas oscuras en los dientes y pueden producir dolor.

Enfermedad de las encías = Enfermedad Periodontal



La enfermedad periodontal ocasiona:

- Que la encía este roja, hinchada y que sangre durante el cepillado
- Que los dientes se aflojen y se separen.
- Presencia de mal aliento
- Presencia de pus entre los dientes y la encía

¿Cómo puedes prevenir estas enfermedades?

1. Cepilla tus dientes 3 veces al día
2. No olvides utilizar enjuague e hilo dental
3. Acude al dentista para que elimine la caries y realice una limpieza.

¡Es muy importante!



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNAM

ANEXO 7



¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ?


Es una enfermedad que comienza con la inflamación de la encía (**GINGIVITIS**) después avanza y afecta al hueso que sostiene a los dientes y se denomina: **PERIODONTITIS O ENFERMEDAD PERIODONTAL**

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD

- Mala higiene bucal
 - Falta de cepillado
 - **DIABETES Y TABAQUISMO** (te hacen mas propenso)
- ¡Es importante saber que en su inicio no causa dolor!*

SEÑALES DE ALERTA

MAL ALIENTO **SANGRADO**



INFLAMACIÓN **SARRO**

MOVILIDAD

ECUACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL :



¿COMO PREVENIR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL?



**SI TIENES ALGUNA DUDA PREGUNTA A TU DENTISTA.
¡¡ RECUERDA ACUDIR PERIÓDICAMENTE A TUS CONSULTAS PARA PREVENIRLA !!**

Elaborado por:
Daniela Favila Moreno y Berenice Gloria Velasco