



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABANDONO DEL  
TRATAMIENTO PERIODONTAL EN LA CLÍNICA DE  
PERIODONCIA II.

### **TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

***CIRUJANA DENTISTA***

P R E S E N T A:

LILIANA ALEJANDRA PERALTA FLORES

TUTORA: Mtra. MARÍA CRISTINA SIFUENTES VALENZUELA

ASESORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## *AGRADECIMIENTOS*

A Dios por darme la vida y haberme puesto en este camino.

Al concluir esta etapa estudiantil quiero agradecer a mis padres, Dora Flores Contreras y Manuel Peralta Guzmán, quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme por su apoyo brindado durante el transcurso de mi carrera, sin ellos no hubiera llegado hasta aquí, son parte de este logro, demostrándome que con sacrificio y esfuerzo puedo lograr todo lo que me proponga y siempre es posible.

A mi hermana Verónica Gabriela Peralta Flores que siempre me apoyó en la mayoría de mis decisiones y a lo largo de toda mi carrera sacrificando gustos y teniendo restricciones pero siempre estuviste ahí. Y a la nueva integrante de la familia Erandy Ordaz Peralta por llenar de luz nuestro hogar y regalarme de nuevo esa fe hacia la humanidad.

A la persona que amo José Carlos Morales Martínez por siempre estar a mi lado en las buenas y en las malas; por su comprensión, paciencia y amor, dándome ánimos de fuerza y valor para seguir a delante.

No olvidando a las personas que me cuidan desde el cielo Carmen Guzmán Ortega y Maximino Peralta López que siempre me apoyaron en mis estudios dándome siempre un excelente consejo y por regalarme tantos momentos de felicidad.

A la Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela por el tiempo que dedicó a la elaboración de mi trabajo, sin importar lo ocupada que estuviera su agenda, siempre tuvo tiempo para mí. Gracias a su sabiduría, consejos y sugerencias este trabajo se hizo posible.

A la Mtra. Miriam Ortega Maldonado por la disposición, el tiempo y los conocimientos que me brindo para la elaboración de este proyecto.

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México en particular a la Facultad de Odontología y a los profesores por la formación y conocimientos que en ella adquirí, el día de hoy me hacen una persona orgullosa de haber formado parte de esta gran familia y fomentarme el amor por la odontología. También a la Escuela Nacional Preparatoria 7 por darme los cimientos para fortalecer mi aprendizaje y

sobre todo a cada uno de mis amigos y compañeros por haber compartido grandes momentos de felicidad y apoyarnos cuando era necesario.

A mis amigos que poco a poco se volvieron parte de mi familia y pieza fundamental de mi crecimiento como ser humano, con los que compartí momentos de alegría y tristeza, los cuales a pesar de estar de malas siempre tuvieron una sonrisa para mí.

También a mis primos, tías y demás familiares por ser pieza fundamental en este logro y sobre todo ser mis pacientes, gracias por sus consejos.

Por último y no por ello los menos importantes mis pacientes porque sin ellos no podría haber plasmado todos los conocimientos que día con día aprendí.

Por esto y más... *GRACIAS.*

*La disciplina es el puente entre las metas y los logros.*

*Jim Rohn*

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

<b>I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
1.1 Dimensiones que influyen en la adherencia al tratamiento.....	11
1.2 Acciones para mejorar la adherencia terapéutica.....	19
<b>2. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....</b>	<b>20</b>
2.1 Factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal.....	20
2.2 Enfermedades sistémicas asociadas con la periodontitis.....	23
2.3 Enfermedad periodontal y su relación con las enfermedades sistémicas.....	24
Enfermedad periodontal un problema de salud pública.....	28
<b>II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>33</b>
<b>III. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>IV. OBJETIVO.....</b>	<b>34</b>
<b>V. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>34</b>
5.1 Tipo de estudio.....	34
5.2 Población de estudio.....	34
5.3 Selección y tamaño de la muestra.....	34
5.4 Criterios de selección.....	35
5.4.1 Criterios de inclusión.....	35
5.4.2 Criterios de exclusión.....	35
5.5 Recursos.....	35



---

5.5.1 Recursos humanos.....	35
5.5.2 Recursos materiales.....	36
5.6.3 Recursos financieros.....	36
5.7 Aspectos Éticos.....	36
5.8 Método de recolección de datos.....	37
5.9 Análisis de la información.....	37
<b>VI. RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>VII.CONCLUSIONES.....</b>	<b>49</b>
<b>VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>51</b>

## INTRODUCCIÓN

En México la salud bucodental no ha sido un tema de atención prioritaria en las políticas de salud; actualmente con base en los estudios epidemiológicos que se han realizado, se ha demostrado que la caries dental continúa en primer lugar, seguida por la enfermedad periodontal, la cual ha ido incrementándose paulatinamente según las estadísticas consultadas, encontrándose igualmente su vinculación con enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus, que además se presentan con mayor frecuencia en la población joven, lo cual hace que vaya en aumento y se constituya en un serio problema de salud pública. Lo anterior reviste importancia debido a que al ser una enfermedad silenciosa, y al no existir una cultura preventiva, muchas personas que la padecen no soliciten la atención odontológica, propiciando que este padecimiento avance progresivamente, hasta dejar al paciente en condiciones bucales totalmente deplorables.

Ante tal panorama, surgió el interés por conocer cuáles son las causas por las que los pacientes presentan algún problema periodontal que son atendidos en la Clínica de Periodoncia II, no se adhieren al tratamiento hasta concluir su rehabilitación, para poder identificar los elementos que interfieren en esta situación, y aportar datos a la institución para implementar estrategias preventivas que aseguren el apego a la terapéutica, dado que adicionalmente da la posibilidad de informar y capacitar al paciente en la implementación de actividades personales para el mantenimiento de su salud.

En este sentido, todas las acciones que puedan impulsarse, encaminadas a la promoción de la salud bucodental, tanto a nivel privado como público, que logren brindar una mayor información a los pacientes acerca de la importancia del seguimiento y culminación de sus tratamientos periodontales, se verán reflejadas en la conservación de sus órganos dentales en condiciones





adecuadas por un tiempo prolongado, así como en su propio bienestar con una mejor calidad de vida.

En la primera parte de este trabajo se describe las reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que impiden o que interfieren para que el paciente siga su tratamiento una vez que este decide iniciarlo. En el segundo capítulo se detalla los aspectos inherentes a la enfermedad periodontal, factores de riesgo como lo son el consumo de tabaco, el estrés, el género, la edad e incluso el estado socioeconómico del paciente, así como el padecimiento de enfermedades sistémicas relacionadas con la periodontitis como la diabetes mellitus, que puede agravar el estado de salud de las personas, entre otros elementos.

Asimismo se describen a partir del planteamiento del problema, la justificación, el objetivo que se pretende alcanzar, así como la metodología empleada para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente se presenta el análisis de la información, los resultados y las conclusiones.



## I MARCO TEÓRICO

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean éstas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un aspecto muy importante en la investigación contemporánea. En el momento actual este tema tiene gran trascendencia debido a su impacto en el desarrollo y/o progreso de enfermedades crónicas. El incumplimiento de la prescripción médica no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento indicado produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque incrementa los costos de la asistencia sanitaria.<sup>1</sup>

La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, presentando complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, que prolongan innecesariamente los tratamientos y que presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.<sup>1</sup>

De ésta manera el apego terapéutico puede definirse como la conducta del paciente a seguir instrucciones; en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o transformar su estilo de vida. El apego terapéutico a su vez permite evaluar la evolución clínica y éxito de los tratamientos; sin embargo es difícil de evaluar debido a su multifactorialidad.<sup>2</sup>

En el ámbito odontológico, esta situación también adquiere una gran significancia en la salud bucodental, dado que la interrupción del tratamiento en la atención de cualquier enfermedad como la periodontitis, puede culminar en el deterioro y afectación progresiva del tejido de soporte, cuyo curso natural propiciará la pérdida dental y su consecuente afectación en la calidad de vida.



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 90% de la población mexicana, es afectada por caries, enfermedad periodontal y maloclusiones, enfermedades bucales crónicas que por su alta morbilidad se encuentran entre las de mayor demanda de atención en los servicios de salud, esta situación condiciona el incremento del ausentismo escolar y laboral.<sup>2</sup>

En el ámbito médico la investigación referente al apego terapéutico señala que sólo 50% de los pacientes siguen la instrucción del tratamiento a enfermedades crónicas. Sin embargo, a diferencia del área médica, en odontología son pocos los estudios que han identificado los factores asociados al apego terapéutico, por lo que se desconoce en qué porcentaje los pacientes siguen instrucciones sobre su tratamiento y en qué enfermedad el apego o desapego es más frecuente. En este sentido; el abandono de los tratamientos odontológicos habla de las necesidades de evaluar y diseñar estrategias para asegurar el mismo.<sup>2</sup>

Se han descrito múltiples factores que influyen sobre la adherencia terapéutica, entre ellos se han identificado: el apoyo familiar, el estrato socioeconómico, la desconfianza en la capacidad del médico, la duración de la consulta, la baja escolaridad, el estado civil, y falta de comprensión.<sup>2</sup> De ellas, el desconocimiento de la enfermedad y sus consecuencias se han destacado como las más importantes. El desconocimiento del problema y sus posibles consecuencias puede originar la falta de interés en la administración de los medicamentos y/o falta de continuidad de las citas, ocasionando que el paciente abandone el tratamiento cuando aminoren o disminuyan los síntomas.

Por ello, se ha señalado como una medida imprescindible para evitar el abandono del tratamiento es conseguir la interacción eficiente del binomio médico – paciente, para lo cual es necesario que el profesional informe y concientice al paciente sobre su estado de salud-enfermedad, beneficios de su recuperación y consecuencias en su abandono. Con ello, se promueve la



relación de confianza y colaboración entre los pacientes y el médico tratante (odontólogo), que se verá reflejada en un apego terapéutico.<sup>2</sup>

Esta interacción de confianza, empodera al paciente sobre su problema lo que genera beneficios a largo plazo en su tratamiento y los motiva a interesarse por su bienestar. Bajo éste enfoque es importante fomentar una buena comunicación, siendo el elemento primordial para llevar a término su tratamiento.

Dentro del binomio paciente – odontólogo se han identificado tres tipos de pacientes:

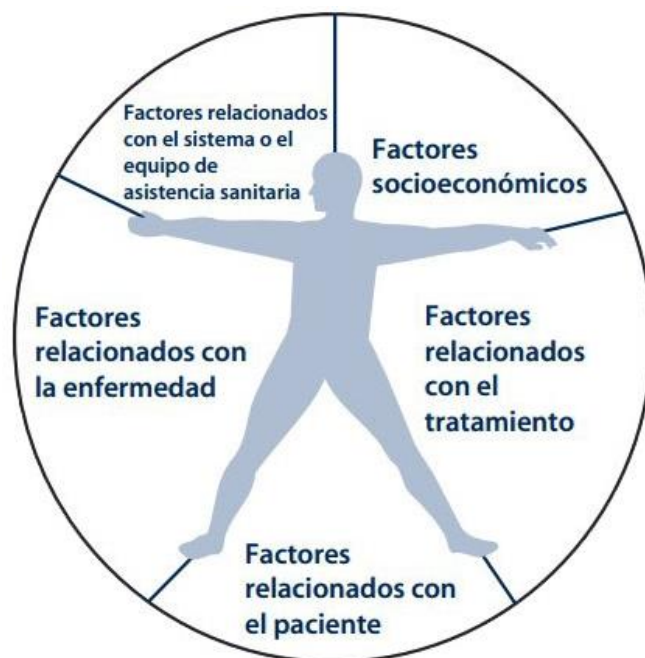
1. *Paciente pasivo*: en la interacción el cirujano dentista asume toda la responsabilidad y el mando, y el paciente asume una actitud pasiva obedeciendo en todas las fases del tratamiento, es decir, se deja llevar sin resistencia;
2. *Paciente cooperativo*: es cuando el paciente, informado de su estado y de su plan de tratamiento, está dispuesto a colaborar y a seguir cada fase del tratamiento,
3. *Paciente participativo*: cuando por ambas partes se establece una buena relación y se comparten responsabilidades para el mantenimiento de la salud oral.<sup>3</sup>

### **1.1 Dimensiones que influyen en la adherencia al tratamiento.**

De acuerdo con la OMS La adherencia terapéutica es un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco factores asociados (socioeconómicos, el sistema o equipo de asistencia sanitaria, la enfermedad, el paciente y el tratamiento), denominados “dimensiones”, De hecho la creencia común de que los pacientes se encargan exclusivamente de tomar su tratamiento es desorientadora y, con mayor frecuencia, refleja una concepción errónea sobre cómo otros factores afectan el comportamiento de la gente y la capacidad de adherirse a su tratamiento.<sup>4</sup>

El grado en que se extiende la exposición sobre cada dimensión refleja la cantidad de datos existentes, que son sesgados por la errónea concepción tradicional de que la adherencia es un problema que depende exclusivamente de la voluntad del paciente. <sup>4</sup>

**Cuadro 1. Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica.**



Fuente: <http://www.paho.org/hq>

### **A. Factores socioeconómicos**

Si bien no se ha detectado sistemáticamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como los hijos o los padres que los cuidan. Algunos factores a los que se les atribuye un efecto considerable sobre la adherencia son: el estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestables, la lejanía del



centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de los medicamentos, las situaciones ambientales cambiantes, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad, así como el tratamiento y la disfunción familiar. Algunos estudios han informado que los factores de organización están más relacionados con la adherencia terapéutica que los sociodemográficos, pero esto quizá varíe de un entorno a otro. Un interesante estudio de Albaz, en Arabia Saudita, concluyó que las variables de organización (tiempo de atención con el médico, continuidad de la atención por el médico, estilo de comunicación del médico y estilo interpersonal del médico) son mucho más importantes que las variables socio demográficas (sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud) que afectan la adherencia terapéutica de los pacientes.<sup>4</sup>

La **raza** se ha comunicado con frecuencia que constituye un factor predictivo de la adherencia terapéutica, independientemente de si los miembros de una raza particular viven en su país de origen, o en otro sitio como inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón subyacente de estas diferencias raciales, pero, no con menos frecuencia, las desigualdades sociales confunden estos resultados.<sup>4</sup>

También se ha informado que **las guerras** influyen en la adherencia a los tratamientos, incluso una vez finalizadas. Esto se debe principalmente a las experiencias de la guerra, como las dificultades económicas, la falta de control médico, el fatalismo y la anarquía.<sup>4</sup>

La **edad** es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, pero de manera irregular. Por ello resulta recomendable evaluarse por separado para cada afección, y, si fuera posible, por las características del paciente y por el grupo de edad de desarrollo.<sup>4</sup>



La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados. Varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños.<sup>4, 5</sup> A medida que la edad aumenta, los niños tienen la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo las tareas de tratamiento, pero siguen necesitando supervisión de sus padres. Al mismo tiempo, el creciente número de padres únicos y que trabajan ha desplazado más la responsabilidad del tratamiento de la enfermedad al niño. Asignar demasiada responsabilidad a un niño para la gestión de su tratamiento puede conducir a la adherencia terapéutica deficiente.<sup>4</sup>

Además de la supervisión de los padres, las técnicas comporta mentales diseñadas para ayudar a los niños, como la fijación de metas, el dar sugerencias y las recompensas o señales, se ha descubierto que mejoran la adherencia terapéutica en la población en edad escolar.<sup>4</sup>

Los adolescentes, si bien son capaces de mayor autonomía para seguir las recomendaciones terapéuticas, luchan con la autoestima, la imagen corporal, la definición de funciones sociales y los asuntos vinculados con los compañeros lo que influye en su comportamiento. La adherencia deficiente en los adolescentes puede reflejar la rebelión contra el control del régimen de sus vidas. La mayor parte de los estudios indica que los niños y adolescentes que asumen temprano toda la responsabilidad de su régimen terapéutico se adhieren menos a la terapia y controlan mal el tratamiento de su enfermedad.<sup>4</sup>

Las campañas educativas que se centran en las actitudes de los adolescentes hacia su enfermedad y su manejo, más que hacerlo predominantemente en la adquisición de conocimiento, pueden ser beneficiosas.<sup>4</sup>

De acuerdo a como se maneja la información, 800 000 individuos cada mes se incrementan y se incorporan a la población de ancianos representan 6,4% de la



población mundial. En muchos países en desarrollo, se han convertido en el sector de crecimiento más rápido de la población. <sup>4</sup>

Esta transición demográfica ha conducido a una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas que son particularmente comunes en los ancianos como es la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, la depresión, la diabetes, la insuficiencia cardíaca congestiva, la coronariopatía, el glaucoma, la artrosis, la osteoporosis y otras. Muchos pacientes ancianos se presentan con múltiples enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad. La adherencia al tratamiento es esencial para el bienestar de los pacientes ancianos y es, por lo tanto, un componente sumamente importante de la atención. En los adultos mayores él no adherirse a las recomendaciones y al tratamiento médico aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico y complicaciones innecesarias, lo que conduce a mayor gasto en atención sanitaria, así como a discapacidad y muerte prematura. La adherencia deficiente a los regímenes prescritos afecta a todos los grupos de edad, siendo más frecuente en niños y adultos mayores.<sup>4</sup>

### **B. Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria**

Existe escasa investigación sobre los efectos de los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo. De acuerdo con la OMS los factores presentes son:

1. Servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud,
2. Sistemas deficientes de distribución de medicamentos,
3. Falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas,
4. Proveedores de asistencia sanitaria con exceso de trabajo,





5. Falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño,
6. Consultas cortas,
7. Poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento,
8. Incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, y
9. Falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.<sup>4</sup>

### **C. Factores relacionados con la enfermedad**

Los factores relacionados con la enfermedad constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente. Algunos determinantes poderosos de la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento de seguimiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.<sup>4</sup>

### **D. Factores relacionados con el tratamiento**

Son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Los más notables, son los relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.<sup>4</sup>

Las características únicas de las enfermedades y los tratamientos no son más importantes que los factores comunes que afectan la adherencia terapéutica, sino que modifican su influencia. Por lo que las intervenciones de adherencia



deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr una repercusión máxima.<sup>4</sup>

### **E. Factores relacionados con el paciente**

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza (autoeficacia) en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos de la enfermedad, las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, son aspectos que interactúan y que pueden influir sobre el comportamiento a la adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que se ha comunicado que influyen sobre la adherencia terapéutica son: el olvido; el estrés psicosocial; la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación; el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento; la falta de efecto percibido del tratamiento; las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento; el no comprender y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; el entender mal las instrucciones de tratamiento; la falta de aceptación del seguimiento; las bajas expectativas de tratamiento; la asistencia baja a las entrevistas de seguimiento y asesoramiento, las clases motivacionales, comportamentales o de psicoterapia; la desesperanza y los sentimientos negativos; la frustración con el personal asistencial; el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.



Por su parte las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas y las experiencias, y por los conocimientos de la enfermedad.<sup>4</sup>

Las inquietudes por la medicación pueden surgir por las creencias acerca de los efectos colaterales y la afectación en el estilo de vida, o preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia. Generalmente se relacionan con las perspectivas negativas acerca de los medicamentos en su totalidad y las sospechas de que los médicos los prescriben en exceso, así como a una “visión del mundo” más amplia caracterizada por los efectos de sustancias químicas en los alimentos o el ambiente, así como por los derivados del avance de la ciencia, la medicina y la tecnología. La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen relación costos-beneficios y por el grado de confianza en poder seguirlo. Acrecentar la motivación intrínseca de un paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado, son metas del tratamiento comportamental que deben abordarse concurrentemente con las biomédicas si se busca mejorar la adherencia general.<sup>4</sup>

Existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica entre los cuales, como ya se ha mencionado, se encuentra la interacción del paciente con el profesional de la salud, sin duda alguna cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Diferentes estudios señalan lo importante que es brindar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del paciente lo cual contribuye a mejorar la adherencia.<sup>1</sup>

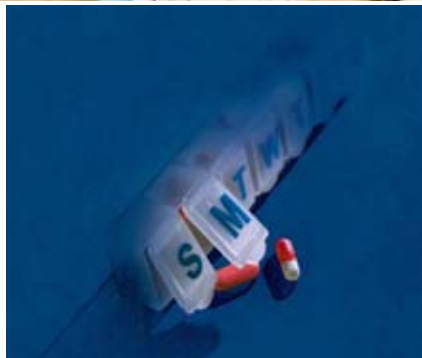
En este aspecto adquiere gran relevancia la aceptación del tratamiento a través del consentimiento válidamente informado ya que el profesionista de la salud tiene la obligación y el deber de explicar con detalle y claridad el problema de salud enfermedad al paciente, las opciones de tratamiento, así como ventajas y

desventajas en la atención o desarrollo de su problema, asegurando igualmente su comprensión para la toma de decisiones compartidas.

### 1.2 Acciones para mejorar la adherencia terapéutica.

Algunos autores refieren que para incrementar la adherencia terapéutica se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud para desarrollar comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces; simplificar los regímenes terapéuticos en cuanto a dosis y horarios; así como programar la frecuencia de las visitas del paciente, la aplicación de refuerzos selectivos de las conductas de salud.<sup>1</sup>

También se debe tener en cuenta que un factor importante es el económico ya que “actualmente en México un 45.5% de la población padece pobreza”.<sup>6</sup> Esta circunstancia, aunada al alto costo que representa la atención odontológica en el país, puede afectar en los diversos tratamientos odontológicos, especialmente el de las enfermedades periodontales por el tiempo que demanda el proceso de rehabilitación.





## 2. ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal se define conceptualmente como “una enfermedad inflamatoria de origen bacteriano que provoca una serie de signos, desde la inflamación gingival y sangrado de las encías hasta finalmente la pérdida dentaria.”<sup>7</sup> En el desarrollo de esta enfermedad, se puede identificar dos procesos patológicos de acuerdo con la etapa de evolución: la gingivitis y la periodontitis. La primera es la respuesta del organismo a la irritación que propicia la placa dentobacteriana al instalarse entre las estructuras dentarias y la encía lo que provoca su inflamación, respuesta del organismo ante la invasión bacteriana cuya permanencia evolucionará con la afectación profunda del tejido de soporte.

Carranza define a la enfermedad periodontal como resultado “...de la extensión del proceso inflamatorio iniciando en la encía que pasa a estructuras de soporte del diente el cual es irreversible.”<sup>8</sup>

La OMS considera a la enfermedad periodontal dentro de “las enfermedades bucodentales más comunes.”<sup>9</sup> Tal reporte, nos conduce a ponderar las consecuencias de su desarrollo, dada su vinculación estrecha con la pérdida dental y calidad de vida de los pacientes ya que su evolución “...puede desembocar en la pérdida de dientes las cuales afectan entre 5% y 20% de los adultos de edad madura; cuya incidencia varía según la región geográfica.”<sup>9</sup>

### 2.1 Factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal

Son numerosos los componentes que define la valoración del riesgo. “El riesgo es la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad específica en un periodo determinado, mismo que puede variar de individuo a individuo.”<sup>8</sup>

El **fumar tabaco** es un factor de riesgo bien establecido para el desarrollo de la periodontitis de moderada a avanzada <sup>8</sup>, lo que muestra una relación directa entre el tabaquismo y la prevalencia de la enfermedad periodontal. Autores como Tanner han demostrado que los fumadores tienen grandes cantidades de



placa dentobacteriana y cálculo, así como que la nicotina reduce el flujo de sangre gingival. De la misma manera la revascularización en tejidos blandos y duros se ve disminuida, afectando así de manera secundaria la cicatrización periodontal.<sup>10</sup>

La **edad** es otro factor que puede influir en el desarrollo de la enfermedad periodontal, tanto en su prevalencia como en su gravedad, esta alteración es posible debido a que los cambios degenerativos relacionados con el envejecimiento pueden aumentar la susceptibilidad a la periodontitis<sup>8</sup>. No obstante también es posible que "...la pérdida ósea y de la inserción que se observa en individuos mayores sea el resultado de la exposición prolongada a otros factores de riesgo en la vida de una persona lo que crea un efecto acumulativo a lo largo del tiempo.<sup>8</sup>

En este contexto algunos estudios han demostrado que la pérdida mínima de la inserción en sujetos que envejecen se debe a las medidas de protección realizadas, al participar en programas de prevención a lo largo de sus vidas. Sin embargo queda por determinar si los cambios relacionados con el proceso de envejecimiento, como la ingesta de medicamentos, la disminución de la función inmune y la alteración del estado nutricional, interactúan con otros factores de riesgo bien definidos para aumentar la susceptibilidad a la periodontitis.<sup>8</sup>

Por su parte el **género** juega un papel fundamental en la enfermedad periodontal, datos proporcionados por el INEGI en 2010 reportan que la gingivitis y las enfermedades periodontales en personas de 60 años y más se presentan con mayor frecuencia en mujeres, y que éstas se relacionan con otros padecimientos como diabetes mellitus e infecciones respiratorias, señalando de manera importante la necesidad de poner a disposición, servicios de atención bucal y facilitar la promoción de conductas de autocuidado para disminuir problemas de masticación, dolor o pérdida de piezas dentales.<sup>11</sup>



**Cuadro 2. Tasa de principales enfermedades de seguimiento epidemiológico en la población de 60 años y más por grupos de edad según sexo 2010**

Principales causas y grupos de edad	Total		Hombres		Mujeres	
	Tasa	Lugar	Tasa	Lugar	Tasa	Lugar
<b>Población de 60 a 64 años</b>						
Infecciones respiratorias agudas	24 204.21	1	18 733.00	1	29 131.13	1
Infección de vías urinarias	6 037.80	2	3 863.02	2	7 996.22	2
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4 651.36	3	3 648.62	3	5 554.34	3
Conjuntivitis	538.56	8	487.92	9	584.16	8
Otitis media aguda	525.63	9	497.00	8	551.41	9
Amebiasis intestinal	437.51	10	368.53	10	499.63	10
Úlceras, gastritis y duodenitis	3 103.87	4	2 594.02	4	3 563.00	4
Gingivitis y enfermedades periodontales	975.08	7	905.62	7	1 037.63	7
Hipertensión arterial	2 212.44	5	1 939.23	5	2 458.47	5
Diabetes mellitus no insulino dependiente	1 799.22	6	1 639.50	6	1 943.04	6
<b>Población de 65 años y más</b>						
Infecciones respiratorias agudas	19 600.33	1	17 172.50	1	21 681.69	1
Infección de vías urinarias	5 821.32	2	4 652.29	2	6 823.50	2
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	4 610.19	3	3 827.28	3	5 281.36	3
Neumonías y bronconeumonías	478.94	8	480.48	8	477.62	9
Conjuntivitis	457.12	9	431.21	9	479.33	8
Amebiasis intestinal	384.27	10	343.35	10	419.35	10
Úlceras, gastritis y duodenitis	2 556.58	4	2 208.42	4	2 855.05	4
Gingivitis y enfermedades periodontales	596.09	7	589.53	7	601.71	7
Hipertensión arterial	2 019.32	5	1 814.90	5	2 194.57	5
Diabetes mellitus no insulino dependiente	1 297.67	6	1 201.73	6	1 379.91	6

Fuente: SSA. CENAVECE. *Anuarios de Morbilidad 1984-2010*; INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Cubos dinámicos.

El **estado socioeconómico** es otro factor que influye en la salud –enfermedad de las personas. La OMS define a la pobreza como “la enfermedad más mortal en el orbe.”<sup>12</sup> Ésta condición socioeconómica afecta a más de 1,000 millones de personas de todas las edades y todo el mundo; de las cuales 70% son mujeres, según datos del Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres.”<sup>12</sup>

Por esta razón es posible relacionar “*la gingivitis y la mala higiene bucal con un bajo estado socioeconómico*”. Esto se atribuye a “... una menor conciencia de salud bucodental y menor frecuencia de las visitas dentales en comparación con personas con un educación más alta o con un estado socioeconómico más alto.”<sup>8</sup>



El **estrés** emocional también posee un papel importante en el desarrollo de la enfermedad periodontal debido a que puede interferir con la función inmune normal y producir mayores niveles de hormonas en la circulación que afectan al periodonto<sup>8</sup>. Al parecer, los eventos estresantes, como la pérdida o un divorcio, llevan a una mayor prevalencia de la enfermedad periodontal"... ya que existe una relación entre los factores psicosociales y las conductas de riesgo como el tabaquismo, una mala higiene bucal y la periodontitis crónica."<sup>8</sup>

## 2.2 Enfermedades sistémicas asociadas con la periodontitis

La **diabetes** es una condición relacionada con la periodontitis, los datos epidemiológicos muestran que la prevalencia y gravedad de la periodontitis son significativamente mayores en pacientes con diabetes tipo 1 o 2, problema de salud que ha cobrado gran significancia "...debido a la frecuencia y temprana edad en la que se manifiesta en la población es considerada una de las más importantes enfermedades de naturaleza metabólica que afecta los procesos bioquímicos celulares"<sup>13</sup>

Los pacientes diabéticos presentan un índice gingival superior en comparación con los no diabéticos, así como una mayor pérdida de la inserción periodontal y del hueso alveolar. "Algunos autores relatan que la diabetes mellitus puede aumentar de dos o tres veces el riesgo de la enfermedad periodontal "<sup>14,15</sup>

No obstante, el impacto como factor de riesgo puede variar entre los individuos debido a las diferencias genéticas, lo que explica por qué algunos pacientes desarrollan enfermedad periodontal y otros no. Kornman y colaboradores demostraron que"... las alteraciones en la codificación de genes específicos de las citocinas inflamatorias interleucina 1 $\alpha$  e interleucina 1 $\beta$  se relacionaban con la periodontitis crónica grave en sujetos no fumadores."<sup>16</sup> Sin embargo, los resultados de otros estudios han demostrado una relación limitada entre estos genes alterados y la presencia de periodontitis.





Con el paso del tiempo se ha demostrado también que pacientes **con SIDA / VIH, presentan periodontitis** con mayor frecuencia siendo esta "... una de las manifestaciones que puede ocurrir y es caracterizada por inflamación gingival severa, sangrado espontáneo, dolor agudo y pérdida ósea muy rápida."<sup>17</sup> Por esta razón "...la enfermedad periodontal en pacientes VIH-positivos parece ser más aguda que en pacientes VIH-negativos, tomando en cuenta que la placa subgingival de pacientes con SIDA y enfermedad periodontal puede abrigar los mismos patógenos periodontales asociados."<sup>16</sup>

También la **osteoporosis** se ha sugerido como otro factor de riesgo para la periodontitis, estudios recientes en animales han evidenciado que "...la reducción de masa que se observa en la osteoporosis puede agravar el progreso de la enfermedad periodontal."<sup>19</sup> Von Wowern y colaboradores en un estudio realizado con 12 mujeres con osteoporosis y 14 mujeres sanas reportaron que mujeres con osteoporosis tenían una mayor pérdida de la inserción que las mujeres sanas.<sup>17</sup>

### **2.3 Enfermedad periodontal y su relación con las enfermedades sistémicas**

En los últimos años han surgido numerosos informes de la relación entre la salud bucal y la salud general. La enfermedad periodontal debe considerarse un factor de riesgo importante en la aparición de ciertas alteraciones sistémicas puesto que la agresión patógena e inflamatoria, puede continuar a nivel sistémico, debido a que la gran cantidad de superficie de epitelio ulcerado de las bolsas permite a través de tres mecanismos el paso de bacterias y sus productos al organismo.<sup>16</sup>

La infección metastásica o bacteriemia se propicia con el ingreso de microorganismos al torrente sanguíneo, que al no ser eliminados se diseminan, seguido de un daño metastásico por las endotoxinas y lipopolisacáridos liberados y letales para las células, culminando finalmente con inflamación



metastásica por las reacciones antígeno anticuerpo y la liberación de mediadores químicos.<sup>17</sup>

### **Enfermedades cardiovasculares**

Dentro de las afecciones con que se relaciona la enfermedad periodontal y el sistema cardiovascular se encuentran la endocarditis bacteriana, infarto del miocardio, cardiopatía isquémica, trombosis, insuficiencia coronaria y venas varicosas.<sup>17</sup>

Con respecto a la endocarditis bacteriana se ha mostrado su asociación con infecciones orales por bacteriemia, como puede ocurrir en la enfermedad periodontal durante el sondaje, detartraje, los raspados y alisados radicular y en los tratamientos quirúrgicos entre otras intervenciones. En este proceso los microorganismos y productos bacterianos de la enfermedad periodontal, pasan al torrente sanguíneo y se alojan en válvulas anómalas del corazón y en tejidos cardíacos previamente dañados, causando la inflamación del endocardio.<sup>17</sup>

Por su parte en la aterosclerosis, se presenta el estrechamiento de las arterias debido a la formación de una placa sobre la superficie interna de su pared. La placa de ateroma que se forma contiene todos los patógenos periodontales reconocidos (*Porphyromonas gingivales*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Prevotellas*, *Bacteroides forsythus*), que además intervienen en su formación al liberar lipopolisacáridos.<sup>17</sup>

Estos lipopolisacáridos intervienen en la liberación de mediadores químicos que activan células T y la formación de ateromas, quienes actúan sobre las metaloproteinasas que intervienen en la desestabilización de las placas de ateroma e influyen sobre la proteína de fase aguda del hígado, y los fibrinógenos que participan también en la formación de ateromas. Además estimulan la proliferación vascular del músculo liso, provocando degeneración grasa y coagulación intravascular, que facilita todos estos eventos.<sup>17</sup>

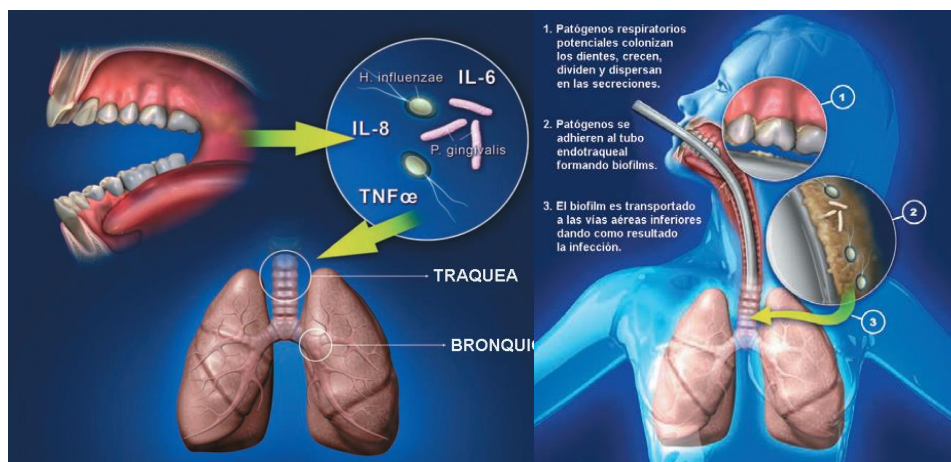
Otro mecanismo por el cual puede actuar la enfermedad periodontal es a través de invasión directa de los microorganismos al epitelio coronario y carotideo provocando várices e insuficiencia coronaria.<sup>17</sup>

### Enfermedades respiratorias.

La relación entre enfermedad periodontal y enfermedades respiratorias se establece cuando existe un desequilibrio en los mecanismos de defensa del cuerpo humano. Las patologías asociadas son neumonía bacteriana, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y abscesos pulmonares.<sup>16</sup>

Diversos estudios han encontrado cinco veces más riesgo de padecer algún tipo de EPOC si se presenta placa dentobacteriana periodonto-patógena, así como una correlación entre EPOC y grados de pérdida ósea.<sup>16</sup>

El mecanismo propuesto por la aspiración de bacterias ocurre en el área orofaríngea cuando bacterias gram negativas de las bolsas periodontales y otros patógenos respiratorios, penetran y se extienden por el tracto respiratorio bajo hasta llegar a pulmón.<sup>22</sup> (Fig. 1)



**Fig. 1. A Influencia de microflora oral en las infecciones pulmonares.**

**B Colonización de Biofilms hacia vías aéreas inferiores.**

Fuente: <http://www.upch.edu.pe>



Asimismo, la enfermedad periodontal se asocia con enfermedades respiratorias debido a la respuesta inflamatoria y la alteración de las condiciones microambientales que permiten la colonización e infección a mucosas por patógenos respiratorios y bacterias orales.

### **Diabetes Mellitus**

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad compleja de desorden del metabolismo. Se clasifica en tipos 1 y 2. “La DM de tipo 1 se desarrolla debido a la producción deficiente de la insulina mientras que la DM de tipo 2 es causada por la utilización deficiente de la insulina.”<sup>22</sup>

La relación entre enfermedad periodontal con esta enfermedad se basa”... en que la presencia de una infección aguda puede predisponer a la resistencia a la insulina.”<sup>19</sup>

En un estudio longitudinal en pacientes con DM de tipo 2 se demostró que ”...los que padecían enfermedad periodontal avanzada presentaron un estado diabético significativamente peor que los que tenían enfermedad periodontal mínima, asimismo en pacientes diabéticos de tipo 2 la fase inicial de un tratamiento periodontal, que incluyó motivación y desbridamiento de las bolsas periodontales, redundó en una mejora del control metabólico de la diabetes.”<sup>22</sup>

Kiran y colaboradores en un estudio reciente reportaron que ”... los pacientes con DM de tipo 2 y valores de hemoglobina glucosilada de 6-8% en la fase inicial del tratamiento produjeron una notable mejoría en el control glucémico. Estos hallazgos demuestran que el control de la enfermedad periodontal puede contribuir al tratamiento de la DM.”<sup>18</sup>

### **Complicaciones en el embarazo**

La posibilidad de que las infecciones periodontales influyen negativamente sobre el pronóstico del parto fue planteada desde 1980, como lo mencionan Pretel Tinoco quienes identificaron que ”...en casos de inflamación gingival ocurren con



frecuencia bacteremias transitorias que llegan hasta los tejidos placentarios y así proveen el impulso inflamatorio para la inducción del trabajo de parto.”<sup>22</sup>

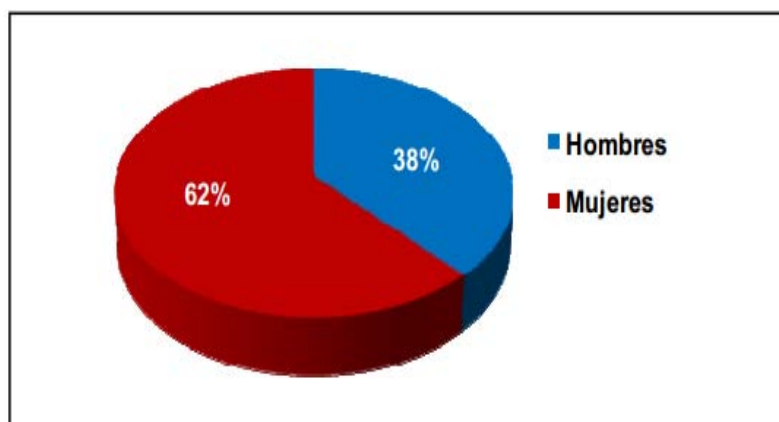
La enfermedad periodontal se asocia con resultados adversos del embarazo, debido a las alteraciones proinflamatorias que pueden resultar en una labor prematura y niños con bajo peso al nacer.

Los niños prematuros nacen antes de que se completen las 37 semanas de gestación, teniendo como factores causales el consumo de alcohol, tabaco y drogas; cuidado prenatal inadecuado, malnutrición, hipertensión e infecciones del tracto genitourinario. Estudios mencionados por Offenbacher han demostrado una asociación entre cualquier infección, incluyendo la periodontal con parto pretérmino. “El parto prematuro ocurre por síntesis de prostaglandinas, directamente por las bacterias y por sus productos microbianos y también por la respuesta inflamatoria que ocurre dentro de la cavidad uterina y en el feto. Las citoquinas producidas: interleuquinas 1, 6 y 8, factor activador plaquetario, factor activador de colonias, proteína inflamatoria de macrófagos contribuyen al desencadenamiento del parto prematuro y a la morbilidad perinatal.”<sup>22</sup>

#### **2.4 Enfermedad periodontal un problema de salud pública**

De acuerdo con el reporte del Sistema Nacional de Epidemiología respecto a la población que presenta Gingivitis y enfermedad periodontal, en el 2008, “...las mujeres presentaron una mayor prevalencia de enfermedad periodontal con un 62%, en comparación con los hombres quienes presentaron una prevalencia del 38%.”<sup>18</sup> (Gráfica 1)

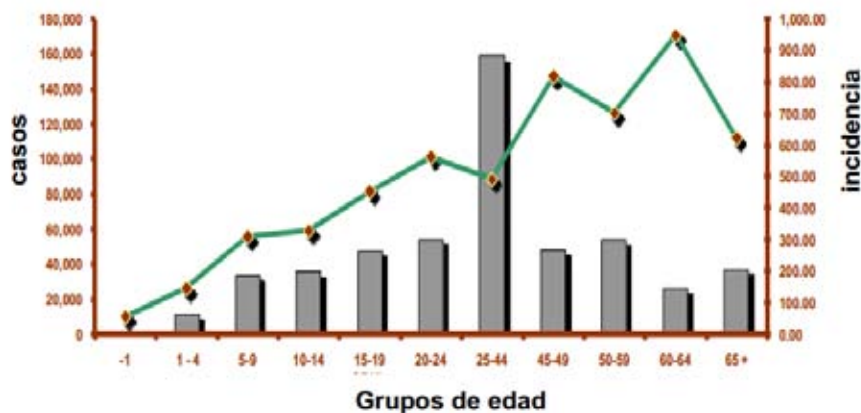
**Gráfica 1. Porcentaje de distribución de Gingivitis y enfermedades periodontales  
Por sexo, Población General México 2008**



FUENTE: SUIVE/DGAE/ Secretaría de Salud

Con respecto al análisis de la población por grupos de edad en el 2008, se puede identificar que la mayor cantidad de personas afectadas se presenta en la población de entre 25 y 44 años (158 707) y no obstante que la afectación de la población entre 60 y 64 años no es tan significativa (26 488 casos), esta situación puede explicarse a la distribución demográfica.<sup>18</sup> (Gráfica 2)

**Gráfica 2. Incidencia de gingivitis y enfermedades periodontales  
por grupo de edad, Población General México 2008.**

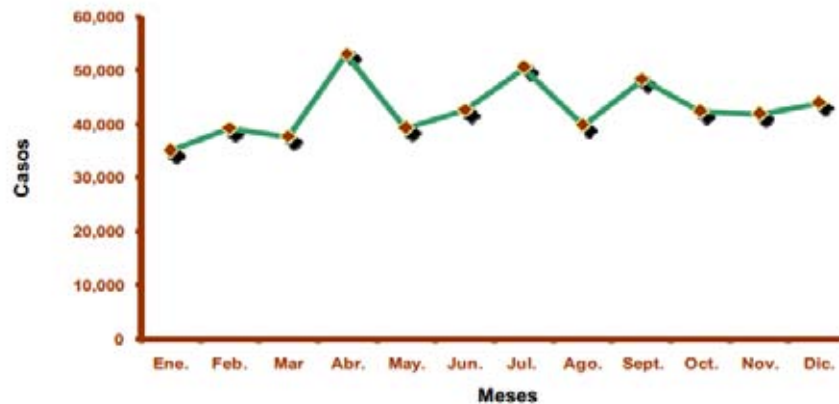


FUENTE: SUIVE/DGAE/ Secretaría de Salud



Los casos registrados por mes nos muestran una tendencia hacia el incremento de la gingivitis y las enfermedades periodontales, lo que demuestra que las medidas de intervención en salud pública no han logrado incidir favorablemente en la disminución de estos padecimientos, con un promedio de 42 788 casos nuevos por mes. <sup>18</sup> (Gráfica 3)

**Gráfica 3. Casos de gingivitis y enfermedades periodontales por mes, Población General México 2008.**



FUENTE: SUIVE/DGAE/ Secretaría de Salud

De la misma manera, se ha reconocido que las enfermedades crónicas son los principales problemas de salud pública en la mayor parte del mundo. El patrón de enfermar se ha transformado en todo el mundo esto debido principalmente a los estilos de vida cambiantes, las dietas ricas en azúcares, el uso generalizado de tabaco y el aumento del consumo de alcohol. Además de los determinantes socio-ambientales; las enfermedades bucales están muy relacionadas con estos estilos de vida.



Las enfermedades bucales son consideradas uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo, y como en todas las enfermedades, la mayor afectación se presenta en las poblaciones desfavorecidas y marginadas socialmente. Las graves repercusiones en términos de dolor y sufrimiento, deterioro de la función y el efecto en la calidad de vida también debe ser considerado. El tratamiento de las enfermedades bucales es extremadamente costoso y no es factible en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos.<sup>19</sup>

Ante tal escenario, resulta importante impulsar estrategias de intervención en salud pública para evitar la instalación y progreso de las enfermedades.

La OMS menciona que las enfermedades bucales son la cuarta causa más costosa de tratar, y que México se encuentra entre los países de mayor demanda de atención en los servicios de salud. En países de altos ingresos, la carga de la enfermedad oral se ha abordado mediante la creación de avanzados servicios de salud bucodental que ofrecen principalmente el tratamiento a los pacientes, a diferencia de los países bajos y de ingresos medios, la inversión en el cuidado de la salud oral es baja y los recursos se asignan principalmente a la atención oral de emergencia y alivio del dolor.<sup>19</sup>

Por su parte los resultados que brinda el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB) muestran que un gran porcentaje de los adolescentes entre 10 a 14 años de edad que acuden a los servicios de salud tenían un periodonto sano con un 82.9%, sin embargo esta proporción se reduce con la edad, ya que más de la mitad de la población a partir de los 25 años presenta enfermedad periodontal.<sup>19</sup> (Cuadro 2)





**Cuadro 3. Índice Periodóntico Comunitario por grupo de edad en usuarios de los Servicios de Salud México, SIVEPAB 2011**

Grupo de edad	N	Sano		Hemorragia		Cálculo		Bolsa de 4 a 5 mm		Bolsa > 6 mm	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10 a 14	8,221	6,819	82.9	946	11.5	456	5.5	0	0.0	0	0.0
15 a 19	12,236	7,944	64.9	2,190	17.9	1,963	16.0	124	1.0	15	0.1
20 a 24	11,976	6,545	54.6	2,414	20.2	2,765	23.1	226	1.9	26	0.2
25 a 29	11,565	5,594	48.4	2,491	21.5	3,146	27.2	310	2.7	24	0.2
30 a 34	10,838	4,866	44.9	2,369	21.9	3,168	29.2	388	3.6	47	0.4
35 a 39	9,933	4,086	41.1	2,181	22.0	3,132	31.5	452	4.6	82	0.8
40 a 44	7,641	2,914	38.1	1,686	22.1	2,463	32.2	488	6.4	90	1.2
45 a 49	6,312	2,310	36.6	1,380	21.9	2,090	33.1	441	7.0	91	1.4
50 a 54	4,989	1,749	35.0	1,061	21.3	1,636	32.8	457	9.2	86	1.7
55 a 59	3,646	1,207	33.1	799	21.9	1,216	33.4	346	9.5	78	2.1
60 a 64	2,469	832	33.7	511	20.7	796	32.2	279	11.3	51	2.1
65 a 69	1,637	564	34.4	319	19.5	538	32.9	179	10.9	37	2.3
70 a 74	1,022	360	35.2	220	21.5	301	29.5	111	10.9	30	2.9
75 a 79	591	194	32.8	138	23.4	171	28.9	72	12.2	16	2.7
80 y más	379	144	38.0	59	15.6	115	30.3	49	12.9	12	3.2
Total	93,455	46,128	49.4	18,764	20.1	23,956	25.6	3,922	4.2	685	0.7

Fuente: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales SIVEPAB 2011





## II. Planteamiento del problema

¿Cuáles son las causas por las cuales el paciente que acude a la Clínica de Periodoncia II, en la Facultad de Odontología no concluye o abandona su tratamiento periodontal?

## III. Justificación

La enfermedad periodontal es un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo.<sup>20</sup>

El reconocimiento de esta alteración como problema de salud pública, tanto de organismos internacionales como nacionales, respalda la importancia del estudio y seguimiento de la enfermedad periodontal; segunda causa de morbilidad oral que afecta principalmente a los adultos.

Conocer los factores que influyen en las personas para no continuar y concluir su tratamiento periodontal, permitirá tener una aproximación que pueda explicar por qué la población que asiste a la Facultad de Odontología con problemas periodontales abandonan el tratamiento, con la intención de aportar elementos a la institución para la planeación de acciones focalizadas que aseguren la permanencia de los pacientes hasta la recuperación de la salud, como parte de la atención integral y de calidad que debe otorgarse al paciente.

En este contexto, las aportaciones pueden estar orientadas, tanto para la implementación de instrumentos de evaluación en la calidad del servicio a través de cuestionarios de satisfacción (confirmación de la atención de necesidades del paciente) y sus consecuentes contribuciones para la instrumentación de estrategias de acuerdo al(las) área(s) que debe(n) ser atendida(s) como pueden ser: la revisión y actualización de los programas educativos que respalden el alcance de competencias (cognitivas, procedimentales, actitudinales y



aptitudinales) en la formación de recursos humanos para garantizar una práctica profesional de calidad, especialmente la relacionada con la actitud que debe asumir el alumno y docente en su función como promotores de la salud, propiciando un ambiente de confianza y de respeto para conocer sus necesidades e intereses; para informar y asegurar la comprensión de su problema de salud-enfermedad, para tomar decisiones compartidas en su tratamiento, así como en el compromiso que debe asumir para la recuperación y mantenimiento de su salud.

#### **IV. OBJETIVO GENERAL**

Identificar las principales causas por las que los pacientes interrumpen su asistencia a la Clínica de Periodoncia II de agosto del 2014 a enero del 2015.

#### **V. MATERIAL Y MÉTODO**

##### **5.1 Tipo de estudio**

Estudio Transversal descriptivo.

##### **5.2 Población de estudio**

Pacientes que ingresaron a la Clínica de Periodoncia II de la Facultad de Odontología de agosto del 2014 a enero del 2015.

##### **5.3 Selección y tamaño de la muestra**

La selección de los pacientes se realizó por conveniencia, eligiendo a 100 personas que asistieron a la Clínica de Periodoncia II de la Facultad de Odontología en el periodo de agosto de 2014 a enero de 2015.



## 5.4 Criterios de selección

### 5.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes:

- Que hayan sido referidos a la Clínica de Periodoncia II de la Facultad de Odontología, de agosto de 2014 a enero de 2015.
- Que hayan abandonado su tratamiento periodontal.
- Que cuenten con teléfono particular y acepten la llamada telefónica.

### 5.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes:

- Que continuaron con el tratamiento
- Que no aceptaron participar en el estudio.
- Que no hayan concluido la entrevista telefónica.

## 5.5 Recursos

### 5.5.1 Recursos Humanos

- ✚ Tutora de la Tesina.
- ✚ Asesora de la Tesina.
- ✚ Pasante de la carrera de Cirujano Dentista.
- ✚ Personas llamadas telefónicamente.

### 5.5.2 Recursos Materiales

- ✓ Libros
- ✓ Computadora laptop
- ✓ Impresora
- ✓ Papel
- ✓ Teléfono particular



### 5.5.3 Recursos Financieros

- A cargo de la pasante de Cirujano Dentista.

### 5.6 Aspectos Éticos

El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, por ello, se considera un estudio de riesgo mínimo, sin embargo, antes de iniciar la entrevista se le pidió el consentimiento bajo información al paciente y se le explicó que las respuestas se manejarían con discreción manteniendo en todo momento su anonimato.

Asimismo, de acuerdo con la Ley general de salud, se le dio a cada paciente una explicación clara y completa de los motivos de la entrevista considerando los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que se usarán y su propósito;
- III. Los beneficios que pueden obtenerse;
- IV. 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;
- V. 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;
- VI. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- VII. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.



## **5.7 Método de recolección de datos**

Para conocer cuántas personas presentan enfermedad periodontal se solicitó al Departamento de Cómputo el informe del número de pacientes que fueron canalizados a la Clínica de Periodoncia en el periodo comprendido de agosto de 2014 a enero de 2015. Tales datos se registraron en una hoja de Excel versión 2010, para realizar el análisis estadístico de la información (género, edad y lugar de residencia).

Con respecto a las personas que abandonaron el tratamiento en este periodo, se solicitó a los profesores titulares de los grupos 4001, 4002, 4003, 4004 y 4005 que imparten la asignatura de Periodoncia II la historia clínica de tales pacientes. Datos que permitieron establecer comunicación con las personas durante tres días.

En la entrevista telefónica se les dio una breve explicación de los propósitos y fines del estudio y se les pidió su consentimiento para participar en el estudio, explicándoles que el aceptar o negarse a contestar la entrevista no afectaría su atención en la Facultad de Odontología. Durante la entrevista se plantearon preguntas abiertas y estructuradas previamente para la ampliación de las mismas, previa aprobación del paciente.

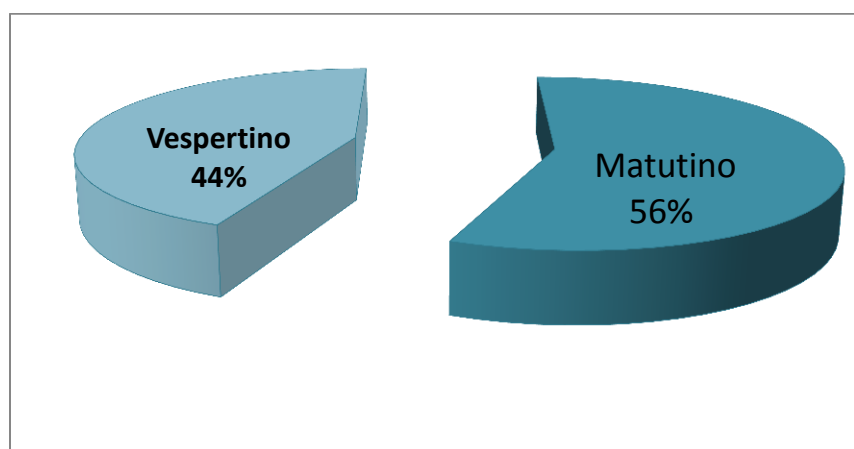
## **5.8 Análisis de la información**

Una vez obtenida la información se recopiló en una hoja de excel para codificar los motivos por los cuales los pacientes abandonaron el tratamiento periodontal y se expresaron en frecuencia y porcentaje para el análisis e interpretación de los mismos.

## VI. RESULTADOS

De acuerdo con la información proporcionada, la población registrada y canalizada a la Clínica de Periodoncia II de la Facultad de Odontología en el periodo comprendido de agosto del 2014 a abril del 2015 fue de 3 916 pacientes, de los cuales 2 203 (56%) fueron remitidos al turno matutino y 1 713 (44%) al turno vespertino. (Gráfica 1)

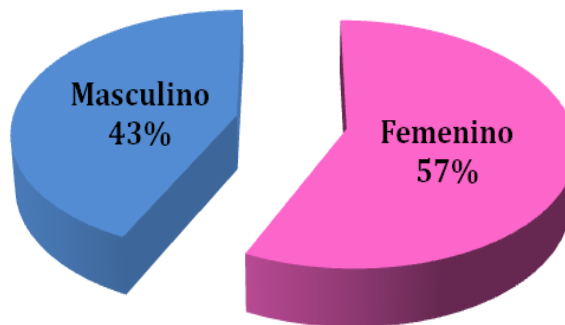
**Gráfica 1. Pacientes canalizados a la Clínica de Periodoncia II por turno**



Fuente: Expediente Clínico Único (ECU). Facultad de Odontología.

Respecto al género, del total de pacientes remitidos, 2230 (43%) correspondieron al sexo femenino y 1684 (57%) al sexo masculino. (Gráfica 2)

**Gráfica 2. Pacientes canalizados a la Clínica de Periodoncia II por género**

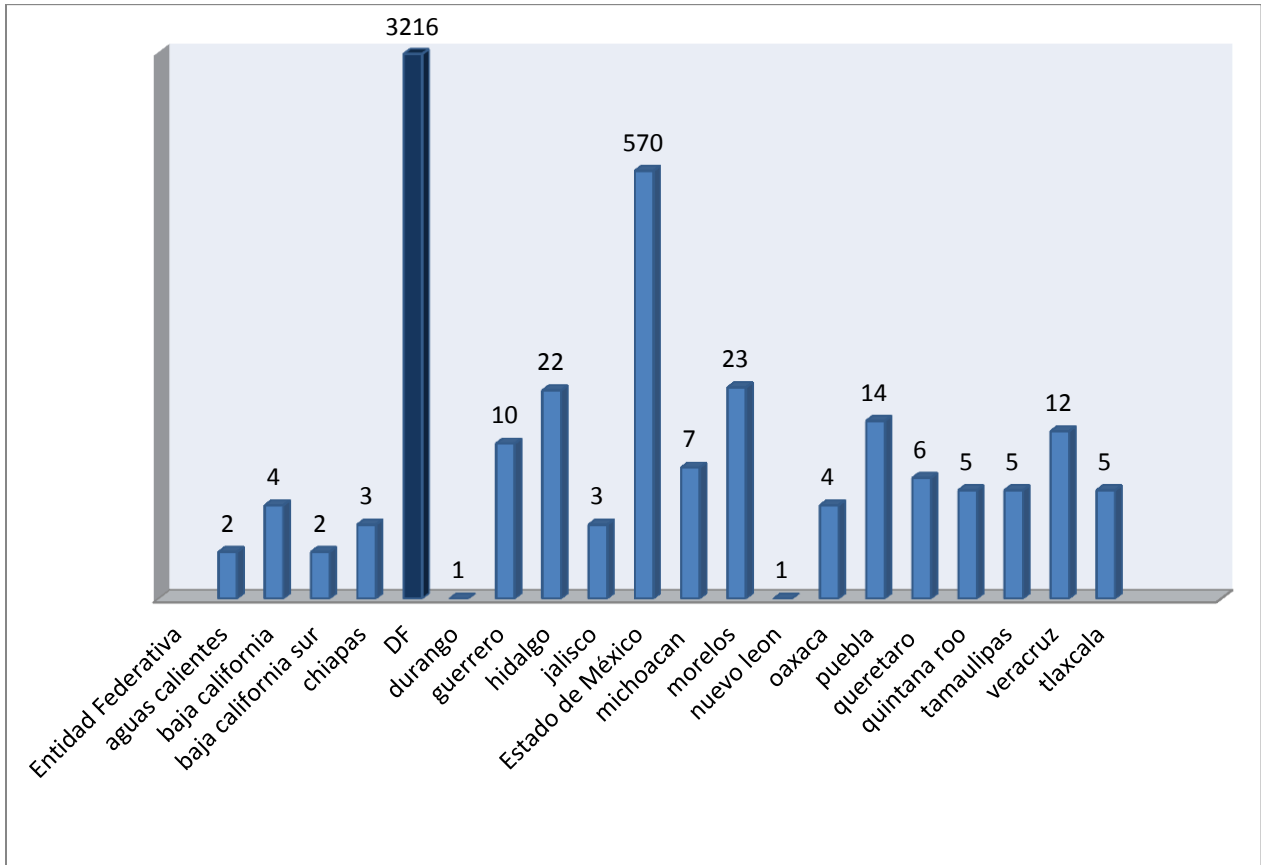


Fuente: Expediente Clínico Único (ECU). Facultad de Odontología.



Con relación al lugar de residencia se puede observar que el mayor porcentaje de asistencia al servicio de Periodoncia II proviene del Distrito Federal 82% (3 216), seguidos por estados circunvecinos como el Estado de México 15% (570); Morelos e Hidalgo 1% (23 y 22 respectivamente) (Gráfica 3)

**Gráfica 3. Pacientes canalizados a la Clínica de Periodoncia II por lugar de residencia**



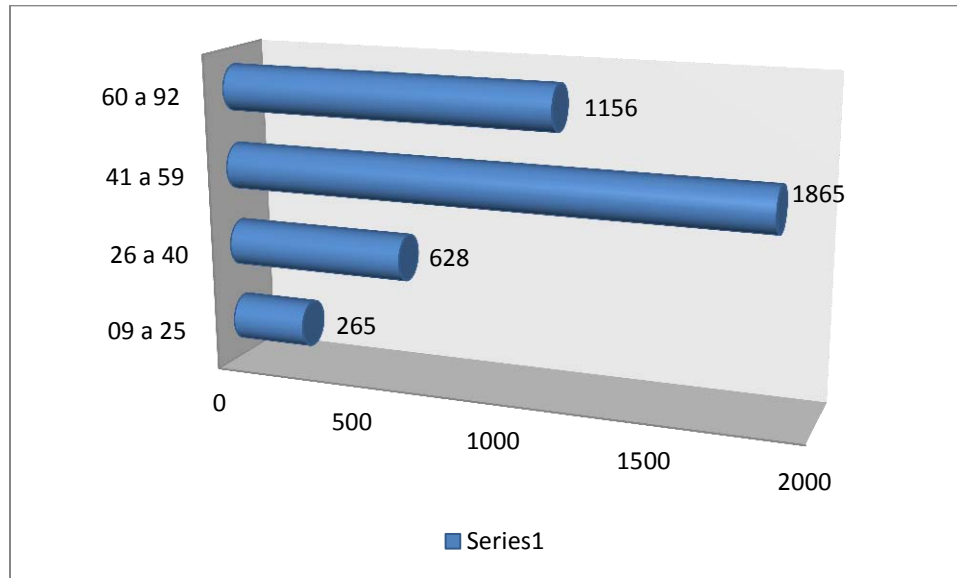
Fuente: Expediente Clínico Único (ECU). Facultad de Odontología.

Con relación a la edad de la población, en la gráfica 4 se puede observar que la mayor demanda lo representa la población de entre 41 a 59 años con un 48%, seguida por el grupo de 60 a 92 años (29%) y de 26 a 40 años (16%). El grupo de menor demanda se concentró en el rango de 9 a 25 años (7%).





**Gráfica 4. Pacientes canalizados a la Clínica de Periodoncia II por rango de edad.**



Fuente: Expediente Clínico Único (ECU). Facultad de Odontología.

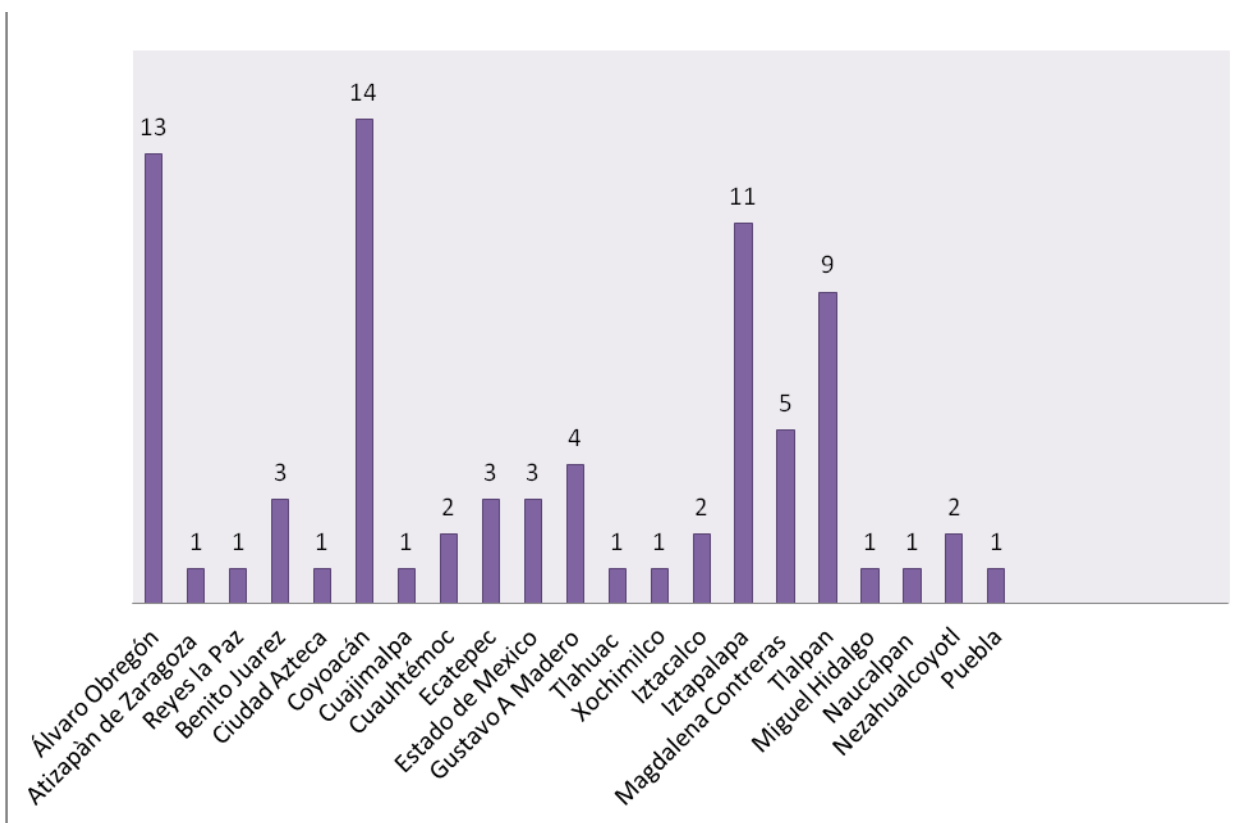
A partir de las historias clínicas proporcionadas por los titulares de los grupos de la Clínica de Periodoncia II, se analizó la información obtenida de las entrevistas. Identificándose las causas por las cuales los pacientes abandonaron su tratamiento periodontal.

De un total de 100 historias clínicas sólo se realizaron 80 entrevistas de acuerdo a los criterios de selección, teniendo por lo tanto un 20% de no respuesta. Del total de las entrevistas el género femenino es el de mayor porcentaje de asistencia a la Clínica de Periodoncia II y por lo tanto, es el de mayor deserción respecto al seguimiento del tratamiento (67%).



Asimismo, la población que asiste a la Clínica de Periodoncia II proviene del Distrito Federal principalmente de las delegaciones Coyoacán (18%); Álvaro Obregón (16%); Iztapalapa (14%) y Tlalpan (9%). (Gráfica 5)

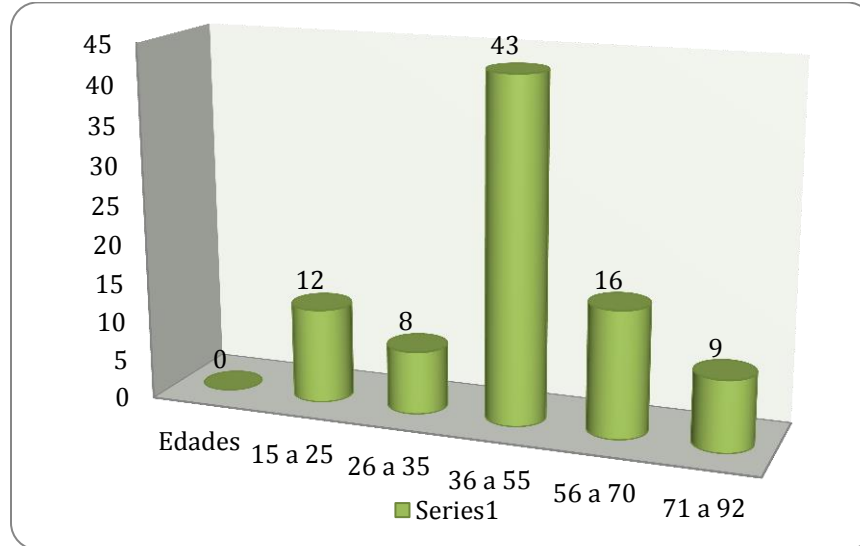
**Gráfica 5. Pacientes que abandonaron tratamiento en la Clínica de Periodoncia II por lugar de residencia.**



Fuente: Expediente Clínico Único (ECU). Facultad de Odontología.

En la gráfica 6 se aprecia que a pesar de ser el rango de 41 a 59 años el de mayor demanda periodontal durante el periodo del estudio, el grupo de edad con mayor abandono del tratamiento se concentró entre los 36 a 55 años de edad (46%).

### Pacientes que abandonaron tratamiento en la Clínica de Periodoncia II por edad



**Gráfica 6**

Fuente Directa

Como resultado de las entrevistas realizadas vía telefónica las causas expresadas por los pacientes con mayor frecuencia fueron las siguientes:

#### 1. Lugar de residencia

Pese a que la delegación Coyoacán es de donde provienen la mayoría de los pacientes canalizados a la Clínica de Periodoncia y es la más cercana a la Facultad, éste fue el principal motivo expresado por los pacientes, 13 de ellos, explicaron que los costos que genera llegar a la Facultad imposibilita su seguimiento y conclusión del tratamiento. Otros de los motivos fueron tiempo, dinero, costo del tratamiento y duración del mismo.

RDO Masculino *“Me quedaba un poco retirado y gastaba mucho en los pasajes y además los doctores eran muy regañones con sus alumnos”.*



*OG Femenino “Por falta de tiempo y dinero cuidado a mis nietos y mis hijos son lo que luego me dan dinero pero no siempre pueden.”*

*RSMM Femenino “La verdad deje de ir no porque quisiera sino porque se me hace muy retirado y gasto mucho en el pasaje.”*

*BPG Masculino “Tome la decisión de ir a un particular de todas formas se gasta uno mucho dinero mejor voy a uno donde me quede más cercas”*

*JMGH Femenino “La chica con la que yo iba me dejó planta dos veces... Yo vivo en la Moctezuma y perder el tiempo para nada no... ya no se hizo. Yo necesito dos puentes...y yo hacía una hora de camino total que nunca me alcanzo atender.”*

*SCMJ Masculino “La chamba...hijole es lo que no me dejo ir a la facultad y pues si es tardado ir hasta allá y que te atiendan rápido”*

Como la principal razón del abandono fue la lejanía, adicionalmente se les preguntó si conocían las clínicas periféricas de la Facultad, a lo cual, identificaron solo cuatro de las trece que existen, sin conocer exactamente la más próxima a su domicilio.

## **2. Atención por parte del estudiante**

Otra causa que manifestaron los pacientes que influyó en el abandono del tratamiento se refirió a la atención recibida por parte del alumno, 15 personas representando el mayor número de los entrevistados que identificaron esta causa, mencionaron falta de actitud ética y compromiso con el paciente.

*VOAR Femenino “No voy porque me lastiman mucho mi encía y el joven que me checaba es muy lento.”*



*SGR Femenino “Pues en donde mi hicieron limpieza me despostillaron dientes dos de enfrente, me quitaron caries... en lugar que me curaran y me molestaba...me dejaban con la boca abierta mucho tiempo y por eso me dio una fuerte gripa y al lugar que acudía para la rehabilitación no me hacía nada parecía que solo iba a pasar lista no me funcionaba.*

*JMGH Femenino “La chica con la que yo iba me dejó plantada dos veces... Yo vivo en la Moctezuma y perder el tiempo para nada no... ya no se hizo. Yo necesito dos puentes...y yo hacía una hora de camino total que nunca me alcanzo atender.”*

*MLHJP Masculino “Cuando iba no me atendía y siempre me pedía que llegara temprano y pa´ qué si nunca avanzaba en mi boca.”*

*RGR Masculino “Nunca le entendí qué me iba hacer en mi boca y me atendía de rápido... porque me dijeron una cosa y resulto que me tenían que quitar un diente. “*

### **3. Horario laboral del paciente**

Un factor que fue manifestado por nueve personas como aspecto que influyó en la interrupción del tratamiento se asocia con las actividades que realiza el paciente.

*AEV Femenino “No pude continuar ya que mi trabajo es por la mañana...”*

*FHR Masculino “Apenas había conseguido chamba y no podía faltar... y menos si era para mis dientes, no dan permiso para asuntos personales...”*

*DSL A Masculino “Por flojera y pues porque no me daban permiso en el trabajo y las citas eran a la una de la tarde”.*



SCMJ Masculino *“La chamba...híjole es lo que no me dejo ir a la facultad y pues si es tardado ir hasta allá y que te atiendan rápido”*

GPF Masculino *“Por los horarios de mi empleo no tengo hora fija de entrada y salida y las citas si eran muy temprano”*

#### **4. Atención de los profesores de la clínica**

La atención que brindan los profesores en clínica y orientación al estudiante, fue una causa que fue manifestada por siete personas como aspecto que influyó en la interrupción del tratamiento.

MCJ Femenino *“Los doctores eran muy enojones y regañaban a la muchachita que me atendía”.*

GFAL Femenino *“El doctor que me atendía solo me regañaba...y ni me atendía bien...parecía que estaba enojado siempre.”*

HCLG Femenino *“Porque las doctoras que supervisaban a los chicos eran inhumanos me dolía cuando me iba a revisar mi boca”*

HVGA Femenino *“Los maestros eran groseros y apresuraban a los doctores para atender rápido y no vi algún avance en mi tratamiento”*

SLMLT Femenino *“Ya no continué porque...el doctor me pedía dinero y no recibos como a los demás...y no me alcanzaba con el presupuesto que él me decía.”*



## 5. Factor económico del paciente

Otro factor importante mencionado por 13 de las personas fue el económico.

MMER Masculino *"Me pedían muchos recibos que pagara para limpieza de mis dientes y nunca vi algún avance..."*

LLRM Masculino *"Hay ojala haiga más oportunidad para pagar en partes el tratamiento porque eso de no tener dinero extra hizo que ya no fuera"*.

VAM Femenino *"Yo quiero seguir atendiéndome solo que me quede sin trabajo y pago renta...mi diente se ve negro tiene platino solo los rellenaron...no sé qué me pudieran poner una amalgama porque me entra el frio y me duele... quiero seguir viéndome mis dientes"...*

GFBA Femenino *"No tengo mucho dinero y lo que me dan de mi pensión apenas me alcanza para mis gastos diarios"*

LRJA Masculino *"Porque lamentablemente sufrí un accidente y me quedé sin dinero para pagar mi tratamiento y estar pagando otras cosas."*

## 6. Dependencia del paciente a terceras personas

Sin duda es una de las causas con múltiples determinantes que indicaron 12 de las personas entrevistadas, y que influyó en el abandono del tratamiento.

MPP Masculino *"Hay hijita mis hijos no me pueden llevar al dentista pues por su trabajo no les da tiempo"*

VVO Masculino *"Los maestros de mi facultad no siempre te dan permiso de faltar y mis citas eran en la mañana."*



*VGR Masculino “El trabajo es un problema no me daban permiso de faltar tanto tiempo y el ir a al dentista era de perder todo el día...”*

*TMR Femenino “Porque me fracture mi pie y no podía caminar y no hay quien me llevara hasta allá”*

*GVME Femenino “Pues mira señorita tengo alzheimer y mi nieta me acompañaba pero como entro ya a la escuela ya no podía llevarme y con mi enfermedad no me dejan salir sola...”*

*FCD Femenino “Mi esposo ya no me dejo ir porque...no había quien cuidara a mis niños y cuando iba me quedaba con el pendiente porque se quedaba solitos, ellos van en la tarde...pero yo no puedo porque me dedico a mi quiahacer...”*

*QSMG Femenino “Por mis hijos...mi cita era a las 12 y a esas horas salían mis hijos de la escuela...y no los puedo dejar son muy latosos”*

## **7. Falta de interés del paciente**

Este es uno de los factores, muy bien conocido, por el cual se han realizado programas bucales para incrementar la motivación al paciente para que obtenga una conciencia de salud bucal, y expresado por 11 personas entrevistadas.

*EVMA Masculino “Ya ni me dolía el diente y creí que no era necesario volver a regresar a la facultad con la Dra...”*

*RAM Femenino “Pos mi viejito ya no puede cuidarse solo y yo lo cuido y ya no tengo tiempo libre para mí...y menos para mis poquitos dientes que aún me quedan...”*





*GMMA Femenino “Porque termine mi tratamiento de ortodoncia y me dijeron que no era necesario que ya regresara.”*

*VMG Masculino “Pus la verdad ya uno como viejito para que me arreglo mis dientes si ya me voy a morir...”*

*PMR Masculino “Porque esta re solito por mi casa para tomar el camión y mi cita era en la escuela a las 7 de la mañana...solo iba por un dolor de muelas y me saco la doctora que no sé qué tanto necesitaba que me hicieran para no perder mis dientes...”*

*MML Femenino “Señorita ya uno de vieja no puede salir mucho...mis piernas ya me duelen al caminar mucho...casi no tengo dinero y sin dinero no me puedo mover a ningún lado pues ya me siento bien y no me dijeron si tenía otra cita o que regresara a otra revisión...no nada y por eso decidí ya no ir...”*



## VII CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos, no obstante las limitaciones del estudio en cuanto al número de entrevistas, podemos identificar diversas causas que se vinculan con la falta de apego al tratamiento de los pacientes que fueron atendidos en la Clínica de Periodoncia II de agosto de 2014 a enero de 2015. Asimismo, se pudo observar una correspondencia con las dimensiones establecidas por la OMS, mostrando en tal sentido la multidimensionalidad de los factores que pueden influir en la falta de continuidad del tratamiento.

Dentro de las causas señaladas por los entrevistados que influyeron en la no continuidad y conclusión del tratamiento, se destacan las asociadas con dimensiones que dependen del paciente como lo son limitación de ingresos económicos, la lejanía de la Facultad de Odontología, el poco interés del paciente, el peso de terceras personas en el paciente, y actividades que realiza el paciente. Por su parte dos dimensiones identificadas como aportación a la Institución se asocian a la deshumanización percibida durante la atención odontológica, tanto por la actitud del alumno como del profesor, al representar casi el 30% de las siete causas vinculadas con el abandono del tratamiento, lo que muestran la necesidad de fortalecer en la formación de los estudiantes y profesores una actitud ética y comprometida con los pacientes para propiciar su motivación e interés en el apego terapéutico, dada las consecuencias negativas no solo en su salud bucodental, sino también en la salud general de los pacientes sistémicamente comprometidos.

Las investigaciones demuestran que la enfermedad periodontal es un problema de Salud Pública por su alta prevalencia, por su trascendencia y severidad, que adquiere mayor relevancia al constituirse en un factor potencial para ciertas enfermedades sistémicas, por lo tanto, resulta muy conveniente impulsar más investigaciones al respecto para poder contar con información representativa para que la Facultad de Odontología impulse estrategias focalizadas que aseguren el apego al tratamiento para la recuperación y mantenimiento de la



salud periodontal, dadas a las consecuencias irreversibles que puede generar la falta de adherencia terapéutica en la calidad de vida de las personas.

Asimismo, consideramos que se deben impulsar estudios que abonen a la identificación de factores que influyen en la interrupción del tratamiento odontológico en todas las áreas de atención, para la obtención de evidencias que contribuyan con la Facultad en acciones de intervención para asegurar un servicio de calidad (recuperación de la salud) y de esta manera fortalecer la importante función social que realiza a la población.



## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ginarte AY. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17(5):502-5. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_5\\_01/MGI16501.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI16501.pdf)
2. Espinosa GC. Factores asociados al nivel de apego terapéutico en niños con tratamiento estomatológico prolongado en la Clínica Reforma. Revista ADM, Vol. LXIII, No. 1, Enero-Febrero 2006, pp. 19-22  
Disponible en: <file:///C:/Users/san%20pablo/Downloads/Factoresw%20asociados%20al%20nivel%20de%20apego.pdf>
3. OMS Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción.2004.Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&qid=18722&Itemid=](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=18722&Itemid=)
4. Álvarez QC. La relación entre el odontólogo y los distintos tipos de pacientes. Dental US Salón de la formación Dental. 2012. Disponible en : <http://www.gacetadental.com/2012/01/la-relacion-entre-el-odontologo-y-los-distintos-tipos-de-pacientes-24897/>
5. Fotheringham MSM. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. Journal of Pediatrics and Child Health, 1995, 31:72-78
6. En México hay más de 53 millones de personas en pobreza y 27 millones Zócalo Saltillo 02/10/2014 - 11:10 AM. Disponible en: <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/en-mexico-hay-mas-de-53-millones-de-personas-en-pobreza-y-27-millonarios-14>
7. Escudero P. Enfermedad Periodontal. Centro Dental internacional 2011. Disponible en: [http://dentalinternacional.es/pacientes\\_2\\_enfermedad\\_periodontal.php](http://dentalinternacional.es/pacientes_2_enfermedad_periodontal.php)



8. Newman MG, Takei HH., Klokkevold PR., Carranza FA. Periodontología Clínica. 10<sup>a</sup>.ed. Editorial Mc Graw Hill; 2010. Pp. 349,604-605.
9. WHO. Centro de Prensa Nota informativa. N°318 Febrero de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
10. Tanner ACR. "Clinical an Other Risk indicators for early Periodontitis in Adults" Pp. 2
11. INEGI. Estadísticas a propósito de día Internacional de las personas de edad. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: [www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../adultos0.doc](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../adultos0.doc)
12. Juárez NA. Las 10 enfermedades relacionadas con la pobreza que cobran más vidas Sitio CNN México. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/salud/2011/07/29/las-10-enfermedades-relacionadas-con-la-pobreza-que-cobran-mas-vidas>
13. Flavia L.,Tomita N. Periodontal Disease: Evaluation of risk factors Rev. Med. Odontológica Dominicana 1999; 5:25-31 Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/rod/1999/05/01/ROD-1999-05-01-025-031.pdf>
14. Ramfjord SP. The periodontal disease index (PDI) O. J Periodontol. 1967; 38: 602
15. Socransky SS, Haffajee AD, Goodson JM, Lindhe J. New concepts of destructive periodontal disease. J Clin Periodontol. 1984; 11: 21.



16. Pretel TC., Chávez R. Periodontal Disease as a Risk Factor for systemic conditions B.226. Rev. Stomatology Herediana.2013; Oct-Dic 23 :223-229. Disponible en:  
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/18/11>
17. Peña S. M., Peña S. L., Diaz F. A., Torres K. D., Lao S. N. The periodontal disease as a risk for systemic diseases. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba. 26 de octubre de 2007. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol45\\_1\\_08/est06108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_1_08/est06108.htm)
18. Sistema Nacional de Epidemiológica Vigilancia Epidemiológica 10(27) 2010 Disponible en:  
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem10.pdf>
19. Mejía G., Lomelí B., Gaxiola C. M. Secretario de Salud/DGE Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Disponible en:  
[http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig\\_epid\\_manuales/20\\_2012\\_Manual\\_PatBucal\\_vFinal.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf)
20. WHO News releases: Le Gale-Camús C.; Petersen P. E.; Porter D. 24/02/2004. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>



## REFERENCIA DE IMÁGENES

- a. Fuente [www.diabetesbienestarysalud.com](http://www.diabetesbienestarysalud.com)
- b. Fuente [www.mandicplace.com](http://www.mandicplace.com)
- c. Fuente [www.paho.org/hq/index.php](http://www.paho.org/hq/index.php)
- d. Fuente: [jaittodontosocial.blogspot.com](http://jaittodontosocial.blogspot.com)
- e. Fuente: [www.acostaybejarano.com](http://www.acostaybejarano.com)
- f. Fuente: [socialysalud.wordpress.com](http://socialysalud.wordpress.com)
- g. Fuente: [www.cenaprece.salud.gob.mx](http://www.cenaprece.salud.gob.mx)
- h. Fuente: [www2.issste.gob.mx](http://www2.issste.gob.mx)
- i. Fuente: [www.epidemiologia.salud.gob.mx](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx)