



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES
DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA**



TESIS

**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL A
DERECHOHABIENTES QUE ACUDIERON A CONSULTA
ESTOMATOLOGICA EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSSTE DURANTE EL PERIODO FEBRERO 2020 – ENERO 2021**

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

**DANIEL CRUZ CRUZ
OCIEL GAMALIEL FLORES DOMINGUEZ**

ASESORES:

**MTRO. REY ARTURO ZEBADUA PICONE
C.D. FRANCISCO OCTAVIO GOMEZ CANCINO.
MTRO. LUIS ANTONIO LÓPEZ GÚTU.**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

ABRIL 2021.

INDICE

INTRODUCCION	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACION	9
MARCO CONTEXTUAL	11
MARCO TEORICO	17
OBJETIVOS	43
METODOLOGIA	45
RECURSOS	49
RESULTADOS	52
CONCLUSION	58
RECOMENDACIONES	60
GLOSARIO	62
FUENTES DE CONSULTAS	64
ANEXOS	67

INTRODUCCION

La enfermedad periodontal es comúnmente conocida como “enfermedad de las encías” y es considerada una infección bacteriana que ataca la encía, hueso alveolar y ligamento periodontal (fibras que mantienen unido al diente con el hueso). Las bacterias causantes de esta infección se encuentran en la placa dental la cual es una masa pegajosa que se forma sobre los dientes. Si esta masa no es removida adecuadamente con el cepillo e hilo dental durante el día, esta se endurece formando una sustancia rugosa y porosa llamado calculo o sarro el cual alberga más bacterias. Las toxinas, producto de estas bacterias son consideradas agentes irritantes de la encía y causantes de la infección. Si esta condición permanece sin tratamiento, esta infección puede resultar en mal aliento, inflamación de la encía, hemorragia gingival y eventualmente pérdida de los dientes.

En la actualidad, la enfermedad periodontal y la caries dental siguen siendo problemas vitales en la salud estomatológica. Se dice que la gingivitis es la enfermedad periodontal más frecuente que afecta a cualquier paciente tanto pediátrico como adulto. Como enfermedad es de origen infeccioso y está relacionada con la acumulación excesiva de placa dentobacteriana en el margen gingival y microorganismos que se adhieren a la gingiva, provocando inflamación. De igual manera, algunos procedimientos odontológicos como los periodísticos, ortodónticos, implantes, prótesis fija mal ajustadas y restauraciones inadecuadas sin un buen sellado pueden dar comienzo a una inflamación y, en niños, otro factor más es la erupción de los órganos dentales permanentes.

Desde 1965 se sabe que las acumulaciones microbianas sobre los dientes (placa dentobacteriana) representan el factor etiológico más importante en la Enfermedad Periodontal. Loe y cois., demostraron que supresión de medidas higiénicas en el hombre produce la acumulación de placa y la generación de gingivitis, que remiten si la higiene oral es restablecida.

La gingivitis se relaciona con la presencia de microorganismos bucales en el surco gingival. Estos organismos son capaces de sintetizar productos lesivos en potencia que causan daño a los componentes intercelulares, tales como colágena, substancia fundamental amorfa,

glucocáliz (cubierta de las células), así como a las células del tejido epitelial y conectivo. El ensanchamiento de los espacios intercelulares entre las células del epitelio de unión durante la gingivitis puede permitir el paso de agentes nocivos derivados de las bacterias mismas, al tejido conectivo.

La periodontitis es una enfermedad que ataca los tejidos de soporte del diente: hueso, ligamento periodontal, cemento y encía. Es también una enfermedad de alta prevalencia y sus causas se ven principalmente influenciadas por una baja educación higiénica.

Cuidar la salud de la boca es importante para toda la población, pero para los diabéticos aún más, según advierten la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) y la Fundación la Sociedad Española de Diabetes (Fundación SED). La conexión entre infección crónica y efectos adversos sobre la salud del paciente ya está establecida en diabéticos. Además, una amplia literatura demuestra la importancia de mantener una buena salud bucal en quienes cursan con este padecimiento. La prevalencia y severidad de la periodontitis es significativamente mayor en diabéticos que en no diabéticos. La Academia Estadounidense de Periodontología, en el año 2006, señaló que "la incidencia de periodontitis aumenta entre las personas diabéticas, siendo más frecuente y severa en los diabéticos con más complicaciones sistémicas"; el aumento de la susceptibilidad no está relacionado con los niveles de placa dentobacteriana o de cálculo dentario. Las evidencias colectivas apoyan la relación entre las dos enfermedades, especialmente en los diabéticos pobremente controlados. La enfermedad periodontal ha sido considerada la sexta complicación en los individuos diabéticos.

Las causas que explican un estado periodontal más deficiente en ellos derivan de la acumulación en los tejidos periodontales de productos terminales de glucosilación avanzada. Estos productos producen una cascada de reacciones inflamatorias que liberan mediadores inflamatorios como IL-1, IL-6, FNT-alfa (Factor de necrosis tumoral) y proteína C-reactiva que aumentan el daño tisular derivado de la inflamación de origen microbiano.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cavidad oral constituye un microambiente propicio para el desarrollo de innumerables especies de microorganismos y dentro de ella, los tejidos periodontales tienen ciertas características que permiten la colonización y desarrollo de casi 400 especies de patógenos; gran cantidad de ellas relacionadas con la evolución de patologías a nivel periodontal.

La enfermedad periodontal es considerada uno de los principales problemas de salud pública y cuyas alteraciones que esta enfermedad provoca son: inflamación de las encías por tal motivo hay sangrado, resorción ósea, movilidad dental, halitosis, pérdida del órgano dentario.

La Norma Oficial Mexicana (NOM) no. 13 para la prevención y control de enfermedades bucales publicada el 6 de enero de 1995, tomando en cuenta a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades bucales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal.

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano, la gingivitis afecta aproximadamente al 80% de los niños de edad escolar, y más del 70% de la población adulta ha padecido de gingivitis, periodontitis o ambas. Los resultados de investigación estudios clínicos revelan que las lesiones producidas por las periodontopatías en las estructuras de soporte de los dientes en los adultos jóvenes, son irreparables y que en la tercera edad, destruye gran parte de la dentadura natural, privando a muchas personas de todos sus dientes durante la vejez.

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

Las periodontopatías pueden ser prevenibles siempre y cuando se diagnostiqué y se actué en su momento, ya que de lo contrario se incrementará el daño en el ligamento periodontal que esta a su vez ocasionan, además el costo económico es muy alto de acuerdo a los tratamientos que se realizaran.

La salud oral es parte integral de la salud general, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana. Para prevenir los malos hábitos bucales se hace necesario conocerlos y destacar sus principales efectos. La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal.

En nuestro país, la enfermedad periodontal se ha convertido en una de las primeras causas de consulta, y esto es motivo de gran preocupación, dado el impacto que genera la salud bucal en la calidad de vida y en las actividades cotidianas, laborales y recreativas. Uno de los objetivos de la odontología como disciplina del área de la salud es mantener y promover la salud bucal. Para ello tenemos que implementar programas, planes y servicios para bajar el número de esta enfermedad periodontal. Para esto debemos de tener un amplio conocimiento de esta enfermedad. Para llevar a cabo esta investigación se basó en las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE.

JUSTIFICACION

Durante el servicio social realizado en la clínica de medicina familiar del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, en los consultorios de estomatología, la higiene bucal en pacientes con enfermedad periodontal fue muy notorio, esto es con la idea de conservar los severos problemas en la salud general, así como también en su salud bucal ya que esto nos lleva a un alto índice de biopelícula en esta población de derechohabientes.

La falta de atención bucal en estos pacientes hace que el problema prevalezca en su mayor porcentaje. Observando en las consultas odontológicas que se realizaron cotidianamente, en diferentes derechohabientes que acudieron a ella, pero sobre todo a pacientes con enfermedad periodontal que fueron atendidos en estos centros de atención médica, la mayoría llegan con más de tres órganos dentales careados como mínimo, sin importar el problema que se desarrolla. En la población que asiste a ambos centros de salud tienen un alto grado de prevalencia de gingivitis y caries dental.

Cabe mencionar que la falta de programas para la promoción de salud bucal da como resultado que se presenten altos índices de gingivitis, periodontitis y caries. Por lo cual la caries y la periodontitis son de mayor prevalencia causados por una mala higiene y esta origina una causa común como la pérdida de órganos dentarios en su mayoría en adultos jóvenes y adultos mayores.

Por tal motivo el interés nuestro como profesionales de la salud bucal fue dar a conocer los diferentes programas con que cuenta esta institución en dicha materia sobre la prevención y cuidado de la salud bucal, es por ello que nos surge la duda:

¿Cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes derechohabientes que acuden a consulta odontológica en la clínica médica familiar del ISSSTE en Tuxtla Gutiérrez?

MARCO CONTEXTUAL

CHIAPAS

Chiapas se localiza al sureste de México, colinda al norte con el estado de Tabasco, al oeste con Veracruz y Oaxaca, al sur con el océano pacífico y al este con la república de Guatemala.

Al norte $17^{\circ} 50'$, al sur $14^{\circ} 32'$, de latitud norte, al oeste $90^{\circ} 22'$, al oeste $94^{\circ} 14'$, de longitud oeste.

El territorio chiapaneco presenta una morfología muy compleja, formada por extensas zonas montañosas. La Sierra Madre de Chiapas que se dirige a Oaxaca al norte y Guatemala al sur, El Bloque o Macizo Central que se dirigen hacia Veracruz y Tabasco al norte y hacia Guatemala al sur. Así como grandes llanuras, que incluyen la Llanura Costera del Pacífico y las Llanuras Aluviales del Norte. Por este motivo, Chiapas presenta una gran diversidad climática y biológica. Algunas zonas de su territorio han sido declaradas reservas de la biosfera por albergar a varias especies animales y vegetales, muchas de ellas son endémicas del lugar.

Chiapas se divide en 124 municipios que se agrupan en 7 regiones fisiográficas:

- Llanura costera del Pacífico
- Sierra Madre de Chiapas
- Arco Volcánico Centroamericano
- Depresión central
- Bloque central
- Montañas del Norte
- Montañas del Oriente

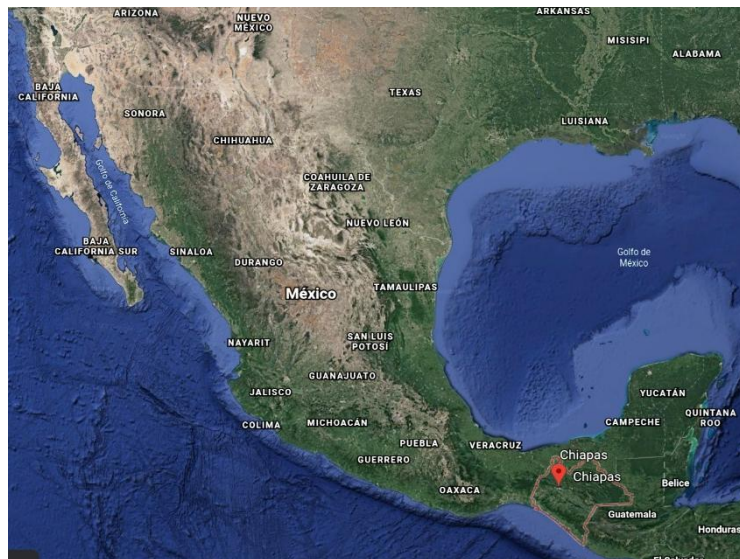


Imagen 1. Ubicación de Chiapas en la república mexicana mediante aplicación de mapeo Google Earth.

- Llanuras aluviales del Norte

TUXTLA GUTIERREZ

COORDENADAS

Las coordenadas extremas del municipio son:

Los extremos del municipio se ubican en las coordenadas 16°38' y 16°51' de latitud norte; y en las coordenadas 93°02' y 94°15' de longitud oeste. Se ubica a una altitud de 522 metros sobre el nivel del mar. Con una superficie territorial de 334.61 km² ocupa el 0.45% del territorio estatal.

El municipio Tuxtla Gutiérrez colinda con los siguientes municipios:

- Al norte con San Fernando, Usumacinta y Chiapa de Corzo.
- Al este con Chiapa de Corzo.
- Al sur con Suchiapa y Ocozocoautla de Espinosa.
- Al oeste con Berriozábal y Ocozocoautla de Espinosa.

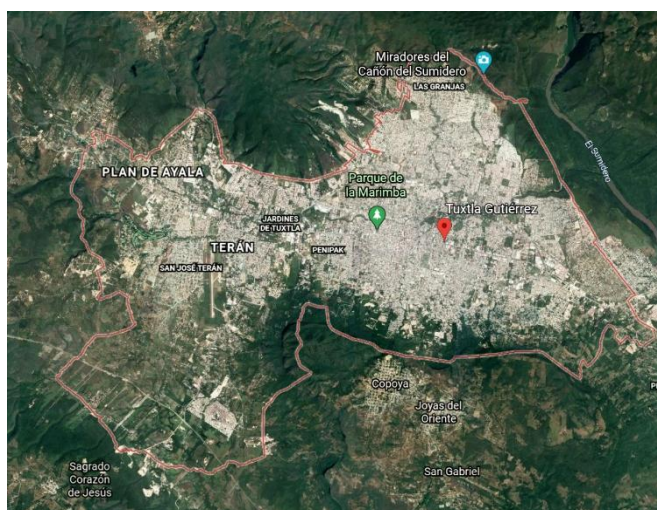


Imagen 2. Ubicación de Tuxtla Gutiérrez mediante aplicación de mapeo Google Earth.

CLIMA

Los climas existentes en el municipio son: Cálido subhúmedo con lluvias de verano, humedad media (0.03%), Cálido subhúmedo con lluvias de verano, menos húmedo (99.97%) y Semicálido subhúmedo con lluvias de verano, humedad media (0%).

HIDROGRAFIA

Los flujos de agua dentro del municipio son los ríos Grijalva, El Sabinal, Suchiapa, Yatipak, Terán, San Agustín, Guadalupe. El río más importante del municipio es El Sabinal que nace en el municipio de Berriozábal, fluye por el valle central de Tuxtla, atraviesa la ciudad y desemboca en el río Grijalva. El plano oficial de Tuxtla Gutiérrez, de 1892, mostraba que El Sabinal era alimentado por 7 arroyos, pero debido al crecimiento de la ciudad hoy están embovedados o desaparecidos. Arroyos que lo alimentaron han sido los de la Chacona y El Poti, al norte de la ciudad; y al sur el San Roque, todos estos actualmente desaparecidos.

DEMOGRAFIA

En el año 2005, la población municipal representó el 11.72% de la población de Chiapas. Esa misma población municipal se distribuyó en un 47,90% (240.871 hab.) de hombres y un 52,10% (262.449 hab.) de mujeres. El 33,26% de la población municipal oscilaba entre los 30 y 59 años. El 29,83% de oscilaba entre los 15 a 29 años. El 28,19% de la población era menor de 15 años. El 8,72% tiene 60 años o más. El área metropolitana de la ciudad ascendía a una población de 576 872 habitantes, según el registro local en 2008.

CELEBRACIONES

Tuxtla Gutiérrez, a pesar de ser una ciudad que ha crecido con el paso de los años, aún conserva algunas tradiciones que, en su mayoría, provienen de sus inicios zoques; entre ellas destacan:

- Fiesta de San Roque
- Fiesta del señor del Cerrito
- Fiesta de las Copoyitas
- Virgen de Guadalupe
- Feria Chiapas

GASTRONOMIA

Hay muchos platillos típicos; muchos de ellos han sido heredados culturalmente a través de las generaciones, tantas recetas, formas de preparación o condimentos zoques o que incluso se remontan a culturas mexica, náhuatl y maya. Algunos de éstos son: pepita con tasajo, sopa de chipilín, chipilín con bolita, cochito horneado, frijoles con chipilín y puerco con chirmol, chicharrones con patashete y huevo en pipián, zispolá y pux-xaxé. Los bocados de maíz típicos son la tostada tuxtleca y el totopo. Algunas bebidas típicas son: agua de chía, tascalate, tashiagual, pinole y el pozol. Algunos dulces típicos son: puxinú, dulce de cupapé, dulce de jocote, yumí cocido, dulce de chilacayote, melcocha con cacahuete, higo, jocote y nanche curtido, nuégado y compota de calabaza.

SERVICIOS DE SALUD

En la capital del estado Tuxtla Gutiérrez se cuenta con las diferentes instituciones de salud tales como:

- SECRETARIA DE SALUD
- ISSSTE
- IMSS
- HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD PEDIATRICA
- ISSTECH
- DIF (MUNICIPAL Y ESTATAL)
- CRIT
- HOSPITAL REGIONAL MILITAR (SEDENA)

MARCO TEORICO

PERIODONTITIS

Antecedentes históricos de la enfermedad periodontal

En las civilizaciones antiguas como China, Grecia o Roma, se hablaba de higiene oral, a las enfermedades periodontales que tenían los pobladores de la época, se las consideraba como incurables.

En los documentos donde se mencionan estos antecedentes, reinaba el espíritu y una higiene bucal deficiente era considerada como una suciedad hacia el alma.

En el siglo XVII, clínicos y científicos todavía estaban convencidos que las enfermedades eran causadas por "mala sangre", "aire malo" o "malos espíritus", entonces realizaban transfusiones de sangre a los pacientes, creyendo que es la causa de la enfermedad.

En 1876 Robert Koch mencionó la teoría del germen, donde inició el término bacteria. Otro aporte muy importante fue por WD Miller y Frank Billings, quienes introducen el concepto de "infección focal" en 1913.

Entre 1950 y 1960, se postuló la relación entre la presencia de residuos orales y la destrucción de los dientes. A partir del año 1965 los doctores Loe y Theilade, fueron los precursores del tratamiento de la enfermedad periodontal, mediante la eliminación de la Placa Bacteriana.

En 1980 la organización mundial de la salud menciona: "la ausencia de la placa bacteriana es salud gingival, y la reducción de esta relacionada con la disminución de la gingivitis

Epidemiología

La epidemiología tiene tres objetivos:

1. Determinar la cantidad y distribución de una enfermedad en una población.
2. Investigar las causas de una enfermedad.
3. Aplicar este conocimiento a su control. El propósito final de la epidemiología es aplicar los conocimientos obtenidos en los estudios a la "promoción, protección y restauración de la salud".

Incidencia

Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Periodoncia

Es la especialidad de la odontología que comprende la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de las enfermedades de los tejidos que rodean y soportan al diente y sus sustitutos, y el mantenimiento de la salud, función y estética en esas estructuras y tejidos.

Gingivitis

Inflamación de la encía como respuesta de los tejidos gingivales frente a los irritantes locales, principalmente colónicas bacterianas o sus productos metabólicos nocivos, entre los cuales las enzimas y endotoxinas se encontrarían en primer término. Como irritantes locales

hay que considerar la materia alba, la placa, los cálculos, obturaciones desbordantes, coronas con bordes mal adaptados y acuñaientos alimentarios. Los signos iniciales de la inflamación aparecen generalmente en la papila Inter dentaria. El color de la encía allí vira hacia el rojo azulado debido a la proliferación vascular en el corion ya que disminuye la queratinización epitelial a nivel de la vertiente externa. Además, se edematizada y sangra, aumenta de volumen, pierde el aspecto punteado en su superficie y el borde definido y fino como normalmente termina el margen gingival, se agranda y redondea. La hemorragia gingival es primeramente provocada, (cepillado, succión) pero luego sobreviene también en forma espontánea. La gingivitis aparece excepcionalmente en la encía adherida. El margen gingival aparece agrandado y con un contorno irregular. No hay proliferación apical del epitelio de unión dentogingival. Pero además de los factores locales ya mencionados, hay que considerar, la repercusión sistémica: si se trata de un respirador bucal, apiñamiento dentario en la maloclusión.

Periodontitis

Es la inflamación del periodonto. Una enfermedad multifactorial del aparato de sostén dentario desencadenada por una biopelícula microbiana (placa), y se desarrolla habitualmente de una gingivitis, aunque no todas las gingivitis desarrollan a periodontitis.

La encía

La encía es la parte de la mucosa bucal que reviste las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes. Desde el punto de vista anatómico, la encía se divide en marginal, insertada e interdental.

Encía marginal

Conocida también como no insertada, corresponde al margen terminal o borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar. Puede separarse de la superficie dental mediante una sonda periodontal.

Encía insertada

Esta se continúa con la encía marginal, es firme y resiliente y está fijada con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar. En la zona lingual de la mandíbula, la encía insertada termina en la unión con la mucosa alveolar lingual, que se continúa con el revestimiento de mucosa del piso de la boca. En la superficie palatina de la encía insertada se une de manera imperceptible con la mucosa del paladar, asimismo firme y resiliente.

Encía interdental

Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximal por debajo del área de contacto. La encía interdental puede ser piramidal o tener forma de col. La forma de la encía en un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión. Los márgenes laterales y el extremo de las papilas interdentes están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes adyacentes, la porción intermedia se compone de encía insertada. Si hay un diastema la encía se inserta con firmeza en el hueso interdental y forma una superficie uniforme, redondeada y sin papilas interdentes.

Color

El color de la encía insertada y la marginal se describen como rosa coral y se debe al aporte vascular, grosor y grado de queratinización del epitelio, así como a la presencia de las células que contienen

pigmentos. El color varía entre las personas y parece relacionarse con la pigmentación de la piel. Es más claro en personas rubias de tez clara que en trigueñas de tez oscura. La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante, en vez de rosa y graneada.

Pigmentación fisiológica (Melanina)

Pigmento de color pardo que no deriva de la hemoglobina, se debe la tonalidad normal de la piel, la encía y el resto de las mucosas bucales. Todos los individuos normales la tienen, si bien no siempre en cantidades suficientes para poder identificarla clínicamente, en los albinos es escasa o nula. La pigmentación melánica de la boca es notable en personas de raza negra. Puede aparecer en la encía en tan solo tres horas después del nacimiento y con frecuencia es la única manifestación de pigmentación.

Tamaño

Corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e intercelulares de la encía y su irrigación. La alteración del tamaño es un rasgo común de la enfermedad gingival.

Contorno

El contorno (o forma) de la encía varía de modo considerable y depende de la morfología de los dientes y su alineación en el arco dental, ubicación y tamaño del área de contacto proximal, así como de las dimensiones de los espacios interproximales gingivales vestibulares y linguales. La encía marginal envuelve a los dientes a manera de un collar y sigue un contorno festoneado en las caras vestibulares y linguales.

Forma

El contorno de las superficies dentales proximales, tanto como la localización y forma de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. La altura de la encía interdental varía según sea la ubicación del contacto proximal.

Consistencia

La encía es firme y resiliente y, con excepción del margen libre móvil, se fija con firmeza al hueso subyacente. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía.

Textura superficial

La superficie de la encía posee una textura similar a la cascara de naranja y se alude a ella como graneada. La porción central de las papilas interdentes suele ser graneada, aunque los bordes marginales son lisos. La distribución y extensión del graneado varían de acuerdo con las personas y las diferentes zonas de una misma boca. El graneado es una forma de especialización adaptativa o de refuerzo para la función. Es una característica de la encía sana y la reducción o pérdida de graneado es un signo muy frecuente de enfermedad gingival.

Posición

La posición de la encía se refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente. Cuando este erupciona hacia la cavidad bucal, el margen y el surco se localizan en el vértice de la corona y a medida que la erupción avanza se observan más cerca de la raíz. El aparato de inserción de un diente se compone del ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar.

Ligamento periodontal

Es el tejido conectivo que rodea la raíz y conecta con el hueso.

Fibras periodontales

Las fibras periodontales son los elementos más importantes del ligamento periodontal; están dispuestas en haces y siguen una trayectoria sin sinuosa. Las porciones terminales de las fibras principales que se insertan en el cemento y el hueso reciben el nombre de fibras de Sharpey; constan de fibras individuales que forman una red continúa de conexiones entre el diente y el hueso. Las fibras principales del ligamento periodontal están dispuestas en seis grupos: Transeptales, de las crestas alveolares, horizontales, oblicuas, apicales, e interradiculares.

Funciones del ligamento periodontal

Las funciones del ligamento periodontal son físicas, formativas y de remodelación, nutricionales y sensitivas.

Clasificación de la periodontitis

Es importante que exista un sistema de clasificación de las enfermedades y condiciones del periodonto como marco de estudio de

la etiología, patogénesis y tratamiento de las enfermedades, adicionalmente esto permite al clínico organizar las necesidades en el cuidado de la salud de sus pacientes.

La última clasificación en que clínicos y científicos estuvieron de acuerdo fue en el Trabajo Mundial en Periodontología, en 1989. Fue ampliamente usada a nivel mundial e incluida lo siguiente:

I.- Periodontitis del adulto

II.- Periodontitis de instalación temprana

A.- Periodontitis prepuberal

1.- Localizada

2.- Generalizada

B.- Periodontitis juvenil

1.- Generalizada

2.- Localizada

C.- Periodontitis Rápidamente Progresiva.

III.- Periodontitis Asociadas con Enfermedades Sistémicas

IV.- Periodontitis Ulcerativa Necrotizada

V.- Periodontitis Refractaria.

Desafortunadamente esta clasificación presentaba confusión por traslape por las diferentes categorías, ausencia del componente gingival y otros conceptos no del todo claros. En 1993 aparece la clasificación más sencilla del 1st. European Work Shop in Periodontology pero carecía de los detalles necesarios para una adecuada caracterización del amplio espectro de enfermedades periodontales encontradas en la práctica.

Esta clasificación se basó en factores etiológicos y de respuesta del huésped y se simplificó demasiado.

1.- Periodontitis de instalación temprana

II.- Periodontitis del adulto

III.- Periodontitis necrosante

Nuevamente hubo una reunión el 30 de octubre al 2 de noviembre de 1999 por The International Work Shop for Classification of Periodontology Disease and Conditions y en diciembre del mismo año aparece la publicación.

Los principales cambios fueron los siguientes:

1.- Se agregó una sección de enfermedades gingivales.

2.-Se reemplazó "Periodontitis del Adulto" por "Periodontitis crónica".

3.- Se reemplazó "Periodontitis de Instalación Temprana por "Periodontitis agresiva".

4.- Se eliminó como una enfermedad separada la categoría de "Periodontitis Refractaria".

5.- Se incluyó en la clasificación la designación de "Periodontitis como manifestación de Enfermedad Sistémica".

6.- Se reemplazó "Periodontitis Ulcerativa Necrotizante" por "Enfermedad Periodontal Necrosante".

7.- Se agregó la categoría de "Abscesos del Periodonto".

8.- Se agregó la categoría de "Lesiones Peri-Endodontales".

9.- Se agregó la categoría de "Desarrollo de Deformación y Condiciones Adquiridas y del Desarrollo".

Quedando en resumen de la siguiente forma:

- Clasificación de enfermedades y lesiones periodontales.

Enfermedad gingival

Enfermedades gingivales inducidas por placa: Estas enfermedades pueden presentarse en un periodonto que no perdió inserción o en uno con pérdida de inserción estabilizada y que no avanza.

Periodontitis crónica

La periodontitis agresiva también puede clasificarse según su extensión e intensidad como pauta general, la extensión se caracteriza como localizada (<30% de los sitios afectados). La intensidad se determina con base en la magnitud de la pérdida de inserción clínica (PIC), como sigue: Leve =1-2mm de PIC; Moderada =3-4mm y Avanzada = >5mm de PIC.

Periodontitis agresiva

Localizada y generalizada. La clasificación de periodontitis basada en agentes infecciosos causantes del problema facilitaría la decisión de tratamiento, pero este tipo de clasificación aún no existe.

Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas

Enfermedades periodontales Necrozantes

1.- Gingivitis Ulcerativa Necrozante (GUN)

2.- Periodontitis Ulcerativa Necrozante (PUN)

Absceso del periodonto

- 1.- Absceso gingival
- 2.- Absceso periodontal
- 3.- Absceso pericoronario

Periodontitis relacionadas con lesiones endodónticas

- 1.- Lesión endodóntica - periodontal
- 2.- Lesión periodontal - endodóntica
- 3.- Absceso pericoronario

Malformaciones y lesiones congénitas adquiridas

Factores localizados y relacionados con un diente que predisponen a enfermedades gingivales inducidas por placa o periodontitis.

- * Deformidades mucogingivales y lesiones en torno al diente.
- * Deformidades mucogingivales y lesiones en rebordes desdentados.
- * Trauma oclusal

Periodontitis crónica

Las siguientes características son frecuentes en pacientes periodontitis crónica.

- Prevalencia en adultos, pero puede ocurrir en niños.
- Cantidad de destrucción correlativa con factores locales.
- Vinculada con un patrón microbiano variable.
- Es frecuente hallar cálculos subgingivales.
- Progresión de lenta a moderada con posibles periodos de avance rápido.

Tal vez modificada o vinculada con lo siguiente:

- Enfermedades sistémicas como diabetes e infección de VIH.
- Factores locales que predisponen a la periodontitis.
- Factores ambientales como tabaquismo y estrés emocional.

Periodontitis agresiva

- Pacientes por lo demás sanos.
- Pérdida de inserción y destrucción ósea rápido.
- Cantidad de depósitos microbianos sin correlación con la gravedad de la enfermedad.
- Varios miembros de la familia.
- La periodontitis agresiva puede clasificarse en:

Forma localizada

Presenta un inicio circumpuberal de la enfermedad, enfermedad localizada al primer molar o incisivo con pérdida de inserción proximal en por lo menos dos dientes permanentes, uno de los cuales es el primer molar, así como una intensa respuesta de anticuerpos séricos a agentes infecciosos.

Forma generalizada

Suele afectar a personas menores de 30 años (pero pueden ser mayores) con pérdida de inserción proximal generalizada que afecta por lo menos tres dientes distintos de los primeros molares e incisivos, notable destrucción periodontal episódica, así como una deficiente respuesta sérica de anticuerpos a agentes infecciosos.

Placa dental: Biopelícula

Se define como los depósitos blandos que forman la película adherida a la superficie dentaria u otras superficies duras en la boca, entre ellas las restauraciones removibles y fijas.

Calculo

Es la placa que ha sido mineralizada y está cubierto en la superficie externa por placa no mineralizada. La prevalencia del cálculo en una población es una buena medida del nivel de la higiene oral y la frecuencia de atención dental. El cálculo promueve la retención de la placa y producto de la placa por ser porosa y tener una superficie rugosa, por lo que la presencia de cálculo es un factor de riesgo importante en el avance de la pérdida de inserción.

Bolsa Periodontal

La bolsa periodontal, es definida como un surco gingival profundizado de manera patológica, es uno de los rasgos clínicos más importantes de la enfermedad periodontal.

Clasificación

Bolsa gingival (bolsa falsa): se forma por el agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes. El surco se profundiza debido al mayor volumen de la encía.

Bolsa periodontal: Se produce con destrucción de los tejidos periodontales de soporte. La profundización progresiva de la bolsa conduce a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte, la movilidad y la exfoliación de los dientes.

Existen 2 tipos de bolsas periodontales:

Supraóseas: (supracrestales o supraalveolares). El fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente.

Intraóseas: (infraóseas, subcrestales o intraalveolares). El fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar contiguo. La pared lateral de la bolsa se localiza entre la superficie dentaria y el hueso alveolar.

Las bolsas pueden abarcar una, dos o más superficies del diente y pueden poseer diferentes profundidades y tipos sobre distintas caras del mismo diente y en superficies vecinas de un mismo espacio interdental.

Contenido de la bolsa

Las bolsas periodontales contienen residuos que consisten principalmente en microorganismos y sus productos (enzimas, endotoxinas y otros productos metabólicos), líquido gingival, restos de alimentos, mucina salival, células epiteliales descamadas y leucocitos.

El exudado purulento, consta de leucocitos vivos, degenerados y necróticos, bacterias vivas y muertas, suero y una cantidad escasa de fibrina.

El pus es un rasgo frecuente de la enfermedad periodontal, pero solo es un signo secundario. Su presencia o la facilidad con que es posible expulsarlo de la bolsa sólo denotan la naturaleza de los cambios inflamatorios en la pared de la bolsa. No es un indicio de la profundidad de la bolsa o la magnitud de la destrucción de los tejidos de soporte.

SÍNTOMAS Y SEÑALES DE ALERTA

En ocasiones la enfermedad periodontal puede progresar sin ningún síntoma ni dolor. Durante una revisión dental regular, el dentista busca

señales de la enfermedad periodontal, por lo que la enfermedad aún no detectada puede ser tratada antes de que avance.

1. Encías blandas, inflamadas o rojizas.
2. sangrado al cepillarse o al pasar el hilo dental.
3. Encías que se desprenden de los dientes
4. Dientes flojos o separados
5. Pus entre la encía y el diente
6. Mal aliento continuo
7. Cambio en la forma en la que los dientes se encajan al morder
8. Cambio en el ajuste de dentaduras parciales.

Prevención y diagnóstico de la enfermedad periodontal. Un cepillado apropiado dos veces al día, así como hilo dental diariamente ayudarán a prevenir la enfermedad periodontal.

Una limpieza profesional, cada tres o seis meses, realizada por un dentista removerá la placa y el sarro en áreas difíciles de alcanzar, y consecuentemente son susceptibles a la enfermedad periodontal. Existen diversos factores de riesgo que inducen y favorecen enfermedades periodontales, como son: los agentes irritantes locales bien sean químicos o mecánicos, el biofilm microbiano o la placa dental, el sarro o cálculo dental, restauraciones desajustadas o materiales porosos de restauración, desechos alimenticios y la respiración bucal. Estos factores influyen de forma distinta en cada individuo, dependiendo de factores generales y disfuncionales, como por ejemplo el bruxismo, los traumatismos oclusales, las malposiciones, la ausencia de piezas y la masticación unilateral. La encía responde a estos irritantes mediante una inflamación, provocando una hiperemia que aporta sustancias nutritivas, leucocitos y oxígeno, y que provoca cambios de color, forma y textura del tejido gingival. Las enfermedades periodontales es en gran medida una

respuesta inmune a las bacterias del biofilm microbiano por lo que la vitamina D estimula la producción de antibióticos naturales. Los suplementos de vitamina D puede desempeñar un papel positivo en el apoyo y la mejora de la salud periodontal en adultos mayores y mujeres embarazadas. Ante la presencia de signos de algún tipo de enfermedad periodontal, se debe acudir con un periodontólogo o periodoncista, quién es el especialista en Periodontología, ciencia médica para prevenir, tratar y controlar las enfermedades periodontales. Se ha determinado que los factores de riesgo más frecuentes de la enfermedad periodontal son:

1. Predisposición genética
2. Microorganismos patógenos
3. Medio propicio y hábitos como tabaquismo

Son productores de riesgo:

- El consumo frecuente de alimentos ricos en azúcares (glúcidos o carbohidratos) favorece la adhesión microbiana y una fermentación con producción ácida y la continua carga de toxinas bacterianas.
- . La ausencia o mala técnica de la higiene oral produce acumulo bacteriano y formación de un biofilm microbiano, por lo que se recomienda el uso adecuado de un cepillado dental, la limpieza interdental y el uso de colutorios con agentes antisépticos.
- Tabaquismo crónico, estrés y alimentación deficiente.
- La falta de un control odontológico periódico.

NDICE DE MEDICION (IP)

El primer índice de medición periodontal fue el de Russell en 1956.

Los criterios para el índice periodontal son:

Puntos	Criterios y puntuación para estudios de campo
0	Negativo: no se observa inflamación manifestada en los tejidos de revestimiento, ni pérdida de función por la destrucción de tejidos de soporte.
1	Gingivitis leve: Hay una zona que manifiesta inflamación en la encía libre, pero esa zona no se circunscribe al diente.
2	Gingivitis: La inflamación circunscribe todo el diente, pero no se observa rotura evidente en la inserción epitelial.

6	Gingivitis con bolsa: la inserción epitelial se rompió y hay una bolsa. No interfiere con la función masticatoria normal, el diente esta firme en su alveolo y no ha migrado.
8	Destrucción avanzada con pérdida de función masticatoria: el diente puede estar flojo, tal vez migro, es posible que produzca un sonido a la percusión con un instrumento metálico, o puede instruirse en el alveolo.

El uso del IP (Índice Periodontal) requiere un equipo mínimo: una fuente de luz, un espejo bucal y un explorador.

Los tejidos de soporte de cada diente de la boca reciben un valor según su escala progresiva que confiere poco peso a la inflamación gingival y mucho a la enfermedad periodontal avanzada.

El valor individual es la suma de los valores del diente dividida por el número de dientes examinados. El valor para la población es la suma de los valores individuales dividida por el número de personas examinadas.

DIAGNOSTICO PERIODONTAL

Como el concepto del cuidado periodontal ha ido cambiando con el creciente conocimiento de la historia natural de las enfermedades periodontales, la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA), basándose en las propuestas de la Sociedad Británica de Periodoncia, ha propuesto una guía clínica de detección de pacientes con enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis). El objetivo es el de ayudar en la práctica de la Periodoncia dentro de la práctica general odontológica. Se hace especial énfasis en la evaluación periodontal minuciosa como un requisito esencial en la planificación y ejecución de todo cuidado dental.

EXAMEN PERIODONTAL BASICO

El EPB divide la dentición completa en sextantes. Los seis sextantes incluyen, por un lado, cuatro grupos de dientes con los dientes molares (excluyendo el tercer molar) y premolares de cada lado en cada maxilar (sextante 1 y 6 en el lado derecho y sextantes 3 y 4 en el lado izquierdo), y por otro lado, dos grupos de dientes con los caninos e incisivos de cada maxilar (sextantes 2 y 5). Se examinan todos los dientes de cada sextante. El resultado se introduce en un gráfico como este:

1	2	3
6	5	4

Los códigos y su significado se explican en el gráfico siguiente:

CODIGO 0	CODIGO 1	CODIGO 2
<ul style="list-style-type: none"> • No hay bolsas de 4 mm o mas de profundidad (con la sonda) • No hay cálculos u obturaciones desbordantes • No hay sangrado tras sondaje 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay bolsas de 4 mm o más de profundidad (con la sonda SEPA-EPB la banda verde es visible en todos los sondajes de ese sextante). • No hay cálculo u obturaciones desbordantes. • Aparece sangrado tras el sondaje. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay bolsas de 4 mm o más de profundidad (con la sonda SEPA-EPB la banda verde es visible en todos los sondajes de ese sextante). • Se aprecia cálculo dental u otros factores de retención de placa como obturaciones desbordantes.

 <p>SONDAJE</p> <p>PROFUNDIDAD ≤ 4mm</p> <p>CÁLCULO NO</p> <p>SANGRADO NO</p>	 <p>SONDAJE</p> <p>PROFUNDIDAD ≤ 4mm</p> <p>CÁLCULO NO</p> <p>SANGRADO SI</p>	 <p>SONDAJE</p> <p>PROFUNDIDAD ≤ 4mm</p> <p>CÁLCULO SI</p> <p>SANGRADO SI</p>
<p>CODIGO 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Profundidad de sondaje entre 4 y 6 mm en uno o más dientes de ese sextante (con la sonda SEPA-EPB la banda verde se introduce por completo, y queda visible la banda amarilla y roja). 	<p>CÓDIGO 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Profundidad de sondaje de más de 6 mm en uno o más dientes de ese sextante (con la sonda SEPA-EPB la banda amarilla se introduce por completo. Sólo es visible la banda roja) 	<p>CÓDIGO *</p> <ul style="list-style-type: none"> Profundidad de sondaje de más de 6 mm en uno o más dientes de ese sextante (con la sonda SEPA-EPB la banda amarilla se introduce por completo. Sólo es visible la banda roja)
 <p>SONDAJE</p> <p>PROFUNDIDAD 4-6mm</p>	 <p>SONDAJE</p> <p>PROFUNDIDAD > 6mm</p>	 <p>SONDAJE</p> <p>PROFUNDIDAD Furca grado 2-3 Pérdida inserción > 7mm</p>

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Encía sana

- Su color es un buen indicador de alarma. Unas encías sanas deben tener un color rosado, así que unas encías enrojecidas no son una buena señal.
- Su volumen. Unas encías sanas no están inflamadas (hinchadas) ni tampoco retraídas (cuando dejan ver la raíz del diente).
- El sangrado. Unas encías sanas no sangran ni deben supurar, si esto ocurre, una vez más, nuestra boca nos está enviando una señal de que algo no funciona bien.



Gingivitis

Los siguientes hallazgos clínicos describen comúnmente el caso tipo I:

- No hay pérdida de inserción.
- El sangrado puede o no estar presente.
- Las pseudobolsas pueden estar presentes.
- Solo los tejidos gingivales han sido afectados por el proceso inflamador
- Los siguientes hallazgos radiográficos describen comúnmente al caso tipo I:
 - No hay evidencia radiográfica de pérdida ósea.
 - La lamina dura de la cresta está presente.
 - El nivel de hueso alveolar está a 1-2 mm del área de la unión cemento



Periodontitis leve

Los siguientes hallazgos clínicos pueden estar presentes en un Caso Tipo II:

- El sangrado al sondaje puede estar presente en la fase activa.
- Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 3 a 4 mm.
- Áreas localizadas de recesión.
- Posibles áreas de lesión de furca Clase I.
- Los hallazgos radiográficos pueden incluir:
 - Pérdida ósea horizontal suele ser común.
 - Ligera pérdida del septum interdental.
 - El nivel de hueso alveolar está a 3-4 mm del área de la unión



Periodontitis moderada

Lo siguientes hallazgos clínicos pueden estar presentes en un caso tipo II.

- Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de 4 a 6 mm.
- Sangrado al sondaje.
- Áreas de lesión de furca grado I y/o II.
- Movilidad dental de clase I.
- Los hallazgos radiográficos:
 - Se puede presentar pérdida ósea horizontal o vertical.
 - El nivel de hueso alveolar esta de 4 a 6 mm del área de la unión cemento
- esmalte.
- Furcaciones radiográficas grado I y/o II.
- La proporción corona raíz es de 1:1 (perdida de 1/3 de hueso alveolar de
- soporte).



Imagen 6

Periodontitis avanzada

- Los hallazgos clínicos comunes en pacientes con caso tipo IV:
- Sangrado al sondaje.
- Profundidad de bolsa o pérdida de inserción de más de 6 mm.
- Lesión de furca grado II y grado III. Movilidad dental de clase II o III.
- Los hallazgos radiográficos incluyen: Pérdida ósea horizontal y vertical.
- El nivel de hueso alveolar está a 6 mm o más del área de unión cemento esmalte.
- Furca de evidencia radiográfica.
- La proporción corona raíz es de 2:1 o más (pérdida de más de 1/3 de hueso alveolar de soporte).



Imagen 7

OBJETIVOS

Objetivo General

Dar a conocer la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que asistieron a la clínica de medicina familiar del issste

Objetivo Especifico

- Caracterizar la población de estudio
- Detectar la importancia que tiene el diagnóstico en los pacientes derechohabientes.
- Informar al paciente sobre su estado de salud, así como darle la información necesaria para prevenir y así indicarle las diferentes opciones de su tratamiento
- Conocer la frecuencia de edad que se ve más afectada con enfermedad periodontal en derechohabientes que acudieron a la consulta
- Dar a conocer cuáles son los signos y síntomas que influyen en esta enfermedad
- Clasificar la frecuencia de género que sufren más esta enfermedad

METODOLOGIA

Se realizará un estudio observacional en 525 pacientes, descriptivo con un enfoque cuantitativo, debido a que utilizaremos la recolección de datos, con base a un análisis estadístico, para establecer patrones.

La investigación tiene un alcance correlacional, ya que pretendemos asociar variables de estudio y conocer las relaciones que existen entre estos en un contexto particular.

El diseño de la investigación será no experimental de tipo transversal, prolectivo ya que no pretendemos manipular variables y porque pretendemos realizar la investigación en su contexto natural, y transversal porque la recolección de datos será en un determinado momento.

UNIVERSO Y MUESTRA.

- POBLACION DE ESTUDIO: 325 Pacientes con enfermedad periodontal que acuden a los módulos de estomatología en la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

- UNIVERSO: Este es el total de los pacientes con enfermedad periodontal que fueron atendidos en la Clínica de Medicina Familiar antes mencionado.
- MUESTRA: Parte representativa; 100 derechohabientes con diabetes al que se le aplicara el cuestionario al acudir a los módulos de odontología de la Clínica de Medicina Familiar CMF del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- VARIABLES DE ESTUDIO.
Genero
Edad
Nivel de escolaridad.
Cepillado dental.

NOMBRE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
GENERO	Cualitativa	Condicion organica por la cual se distingue el hombre de la mujer	Aspecto fenotipico	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Feminino
EDAD	Cuantitativa	Tiempo en años que ha vivido una persona desde su nacimiento	Numero de años vividos hasta el momento de registro	Años cumplidos
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Cuantitativa	Nivel de estudios alcanzados en el sistema nacional de educacion	Nombre del grado de estudios	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Preparatoria • Professional
CEPILLADO DENTAL	Cuantitativa	Método de higiene que permite remover la biopelícula microbiana	<ul style="list-style-type: none"> • 1 vez al día • 2 veces al día • 3 veces al día • Después de cada alimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada • inadecuada
ODONTOGRAMA	cuantitativa	Método de estudio de patología bucal	Exploracion bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Biopelícula microbiana • Gingivitis • Periodontitis • Sin datos patológicos

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Serán parte del estudio todos los pacientes que acepten contribuir a la investigación.
- se incluirán en el estudio a todos los pacientes con enfermedad periodontal que acudan a investigación consulta estomatológica.
- Se tomarán en cuenta a los pacientes que contesten satisfactoriamente el cuestionario que se les aplicara, previa instrucción de llenado.
- Pacientes que permitan la exploración odontológica completa.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Serán criterios de exclusión todos los pacientes que no quieran participar en la investigación.
- Se excluirá a todo aquel paciente que asista a consulta estomatológica pero que no cumpla con las características del estudio.
- Se excluirá pacientes sanos que no acepte revisión y aplicación

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Se eliminará todo aquel material de recolección de datos que no sea debidamente contestado.
- No derechohabientes.
- Pacientes que no deseen participar.

RECURSOS

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

- **RECURSOS DE INVESTIGACION**

La investigación es factible y viable ya que contamos con los recursos necesarios para sustentar el proyecto durante toda la jornada de trabajo.

- **RECURSOS HUMANOS.**

Se cuenta con los recursos humanos proporcionados por el investigador.

- **RECURSOS INSTITUCIONALES.**

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Clínica de Medicina Familiar

RECURSOS MATERIALES.

- Para llevar a cabo el protocolo de investigación se requirió de:
- Cuestionarios.
- Lapiceros.
- Tipodonto.
- Hojas blancas.
- Computadora.

EQUIPO E INSTRUMENTAL

- Material para realizar la exploración bucal (espejo bucal).
- Unidad dental
- Material de limpieza y desinfección
- Horno esterilizador
- Instrumental para exploración (espejo, pinzas, exploradores, espátulas)
- Material de restauración (amalgamas)
- Instrumental de exodoncias (fórceps y elevadores)
- Abate lengua.
- Equipo de protección individual (cubre bocas, caretas, guantes, lentes, bata).

- CRONOLOGICOS.

La investigación se realizará en el periodo comprendido de febrero 2020 a enero del 2021

- METODO Y ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos utilizando hojas de SIBEPAB. Para las variables cualitativas los resultados se expresaron mediante graficas circulares. Los resultados de las variables cuantitativas se expresaron en graficas de barra con frecuencia y porcentajes.

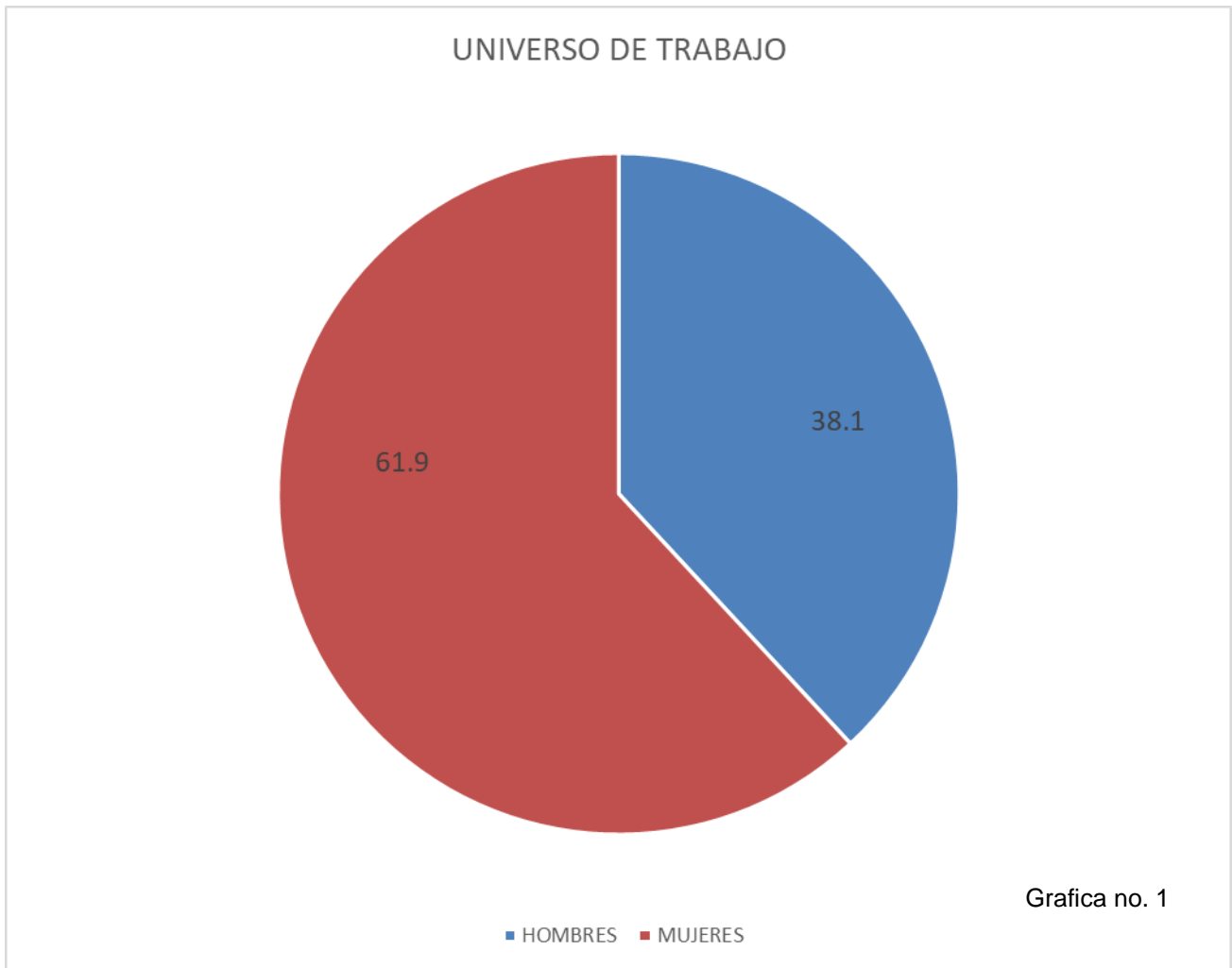
Recolección de datos:

En la recolección de encuestas está conformado por cuatro conceptos uno de ellos se aplica por ficha de identificación: edad, sexo y escolaridad; en el segundo concepto este derivado por profilaxis de lo cual se desglosa por cuatro puntos.

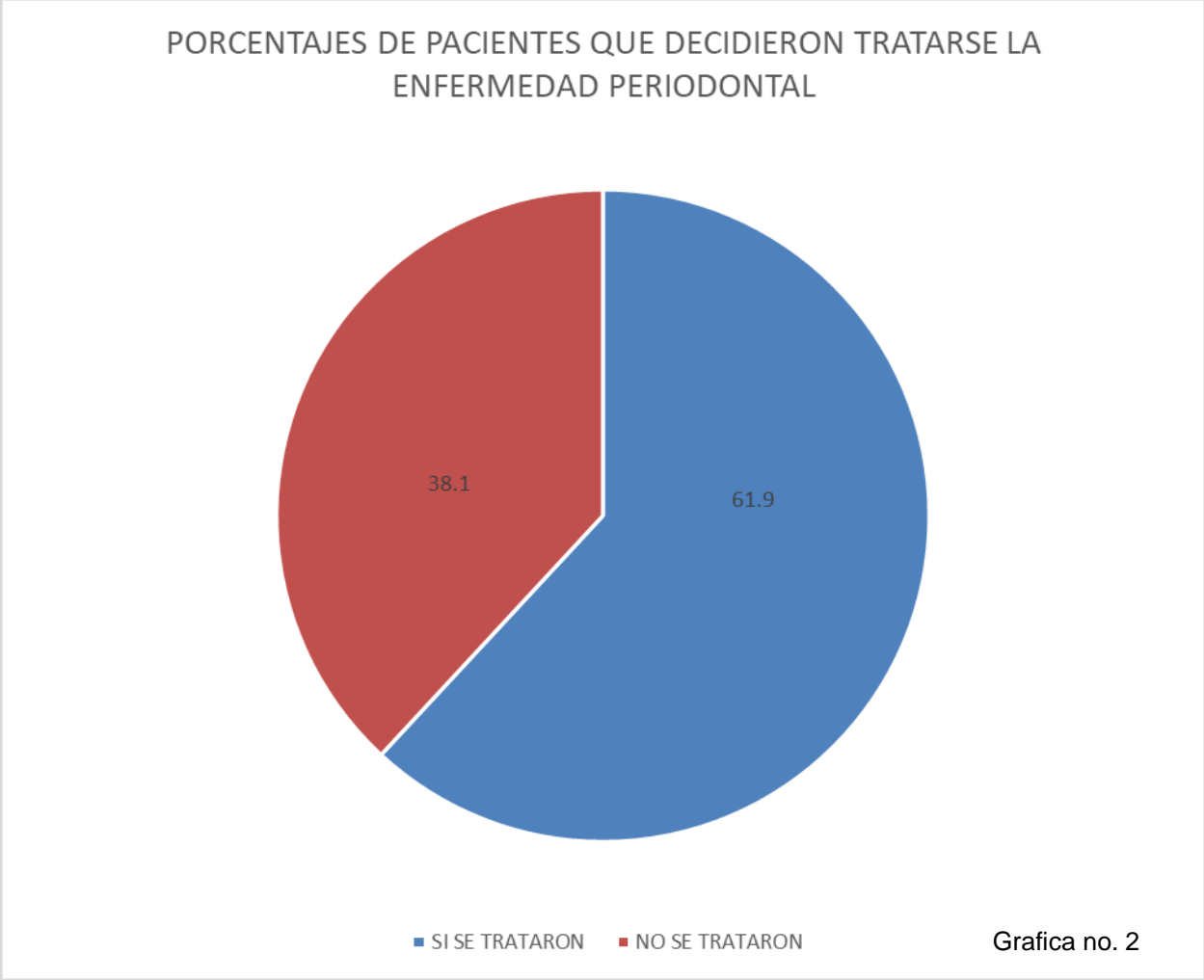
1. ¿Cuántas veces se cepilla al día?
2. ¿Utiliza enjuague bucal?
3. ¿Utiliza ceda de uso odontológico?
4. ¿Cuántas veces en este año ha visitado al dentista y por último se aplica un odontograma que es de utilidad para tener un control general de la salud bucal de cada paciente?

RESULTADOS

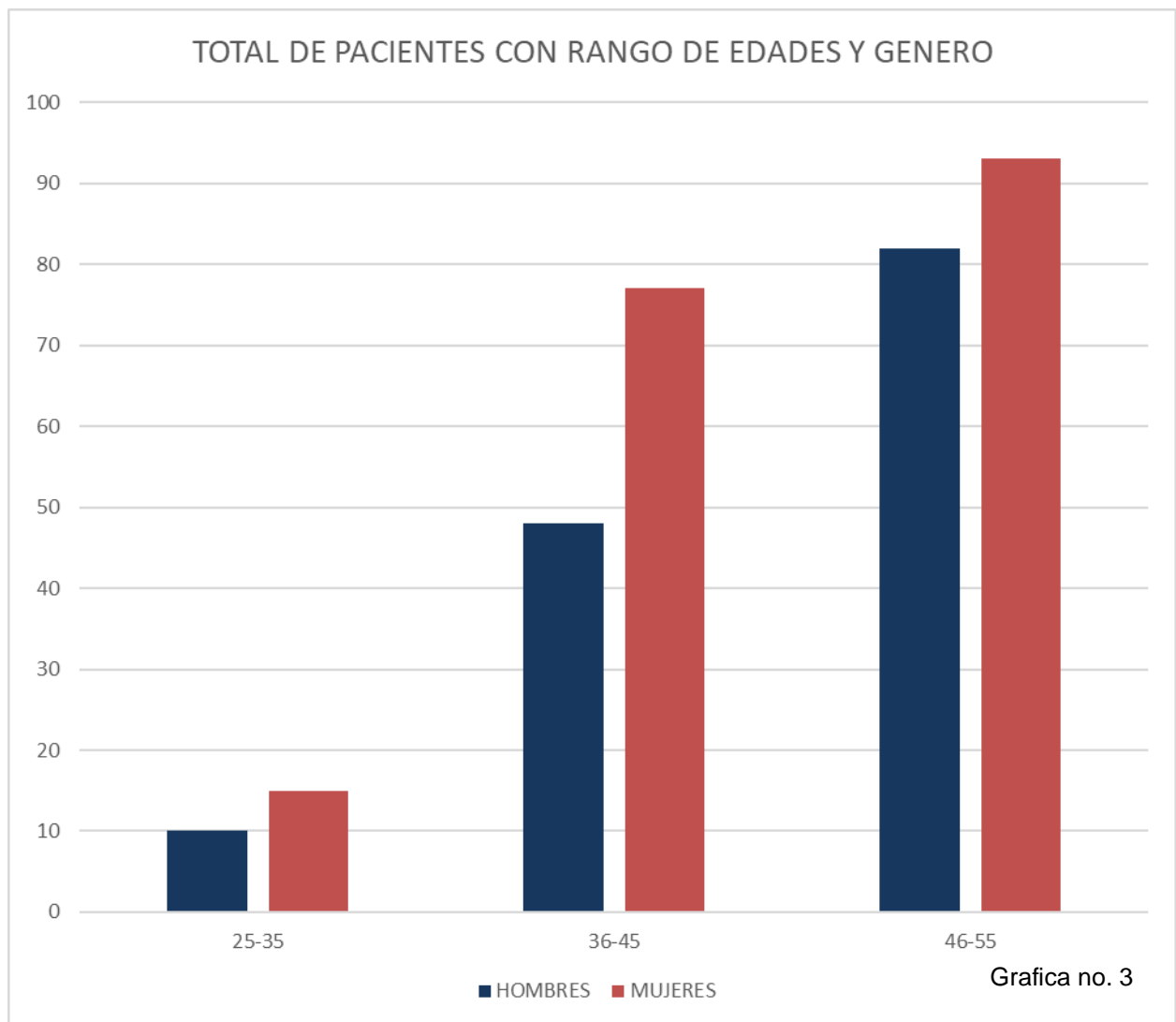
En la clinica medica familiar del ISSSTE, se atendieron un total de 525 pacientes derechohabientes de los cuales 200 fueron hombres y 325 fueron mujeres.

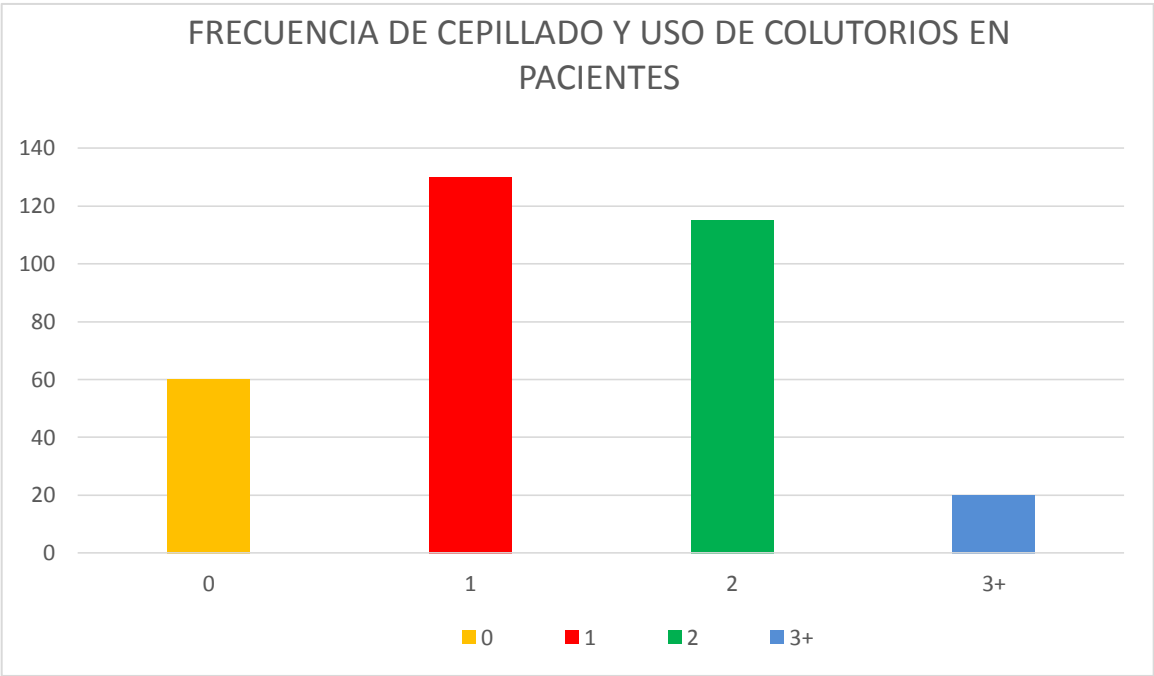






Se atendieron 525 pacientes, de los cuales 325 pacientes se detectaron con enfermedad periodontal y decidieron tratarse.

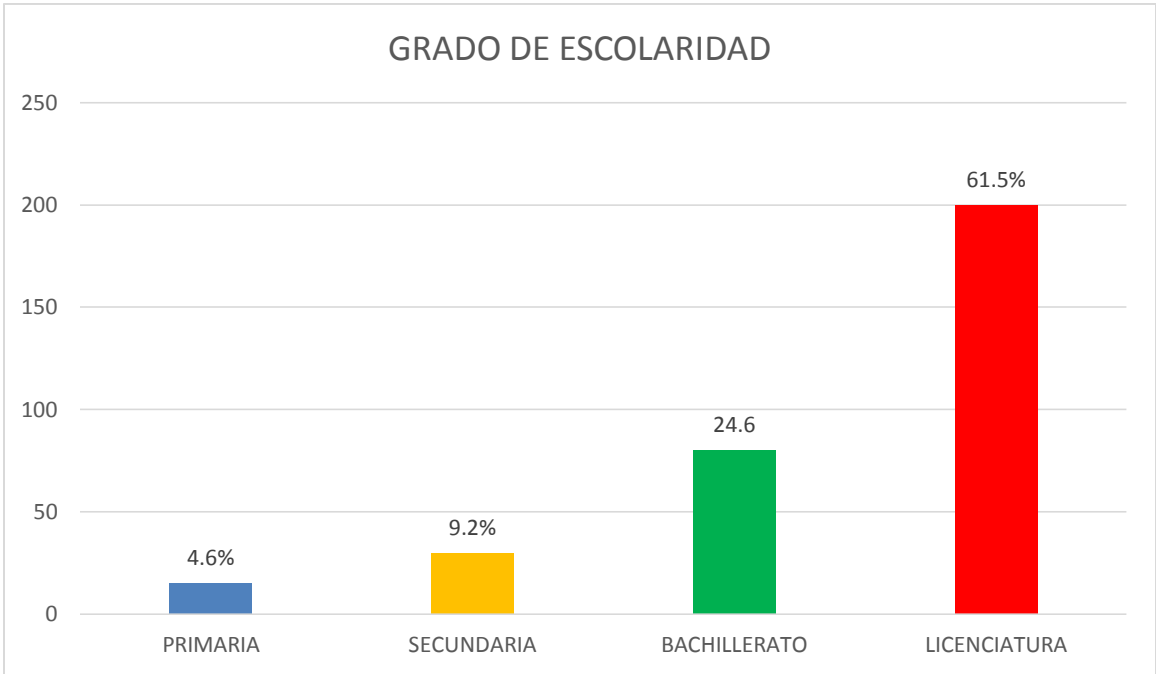


Prevalencia de enfermedad periodontal con rango de edad y genero en pacientes derechohabientes.





-  **60 PACIENTES 18.4%**
-  **130 PACIENTES 40.0%**
-  **115 PACIENTES 35.3%**
-  **20 PACIENTES 6.15 %**



CONCLUSION

Se realizó un estudio en trescientos veinte cinco pacientes derechohabientes con problemas de enfermedad periodontal y caries dental que acudieron al servicio estomatología de la clínica familiar del ISSSTE de Tuxtla Gutiérrez Chiapas con un rango de 23 a 55 años.

En conclusión, este estudio puede demostrar que la prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes es alta en porcentaje y esta se debe a la falta de conocimientos sobre una buena higiene bucal, correspondiente a una adecuada técnica de cepillado, así como la frecuencia con la que se debe cepillarse y el uso de colutorios, de no realizarse los puntos mencionados con anterioridad nos lleva a tener índices elevados de caries y enfermedad periodontal y esto a su vez a la pérdida parcial o total de los dientes. Y como consecuencia el desarrollo de diversas enfermedades sistémicas tales como: problemas digestivos, altos niveles de azúcar, falta de peso, etc.

Con respecto al género, en el estudio se observó que el sexo femenino prevalece los casos de enfermedad periodontal.

RECOMENDACIONES

Es importante prevenir las enfermedades bucales para un mantenimiento más prolongado de los órganos dentarios; por ellos, se propone realizar más actividades preventivas para incentivarlos en talleres y pláticas con el objetivo de darles a conocer las diferentes técnicas correctas del cepillado dental, frecuencia del cepillado; tipo de cepillado dental, enjuague dental, hilo de uso odontológico.

De igual manera realizar actividades grupales o familiares, con el apoyo de un kit dental a los pacientes subsecuentes, con la finalidad de que todos y cada uno de ellos puedan modificar los malos hábitos de higiene bucal que tienen.

Fomentar en la consulta médica familiar la derivación oportuna del paciente derechohabiente al módulo de estomatología, presentando o no alteraciones patológicas, para que se pueda detectar de manera oportuna y precisa las alteraciones que puedan controlarse por el estomatólogo y así evitar complicaciones que lleven a la pérdida dentaria a temprana edad.

Esta es una de las medidas preventivas para poder evitar o disminuir la aparición de las enfermedades bucales en los pacientes, teniendo como prioridad el reforzar la enseñanza de la técnica correcta y frecuencia de cepillado y el uso correcto de seda de uso odontológico lo que ayudara a minimizar posibles complicaciones en los tratamientos dentales que requieran.

Es por ello que las acciones educativas son esenciales para que los pacientes logren hacer conciencia de la importancia que tiene al visitar al profesional odontólogo dos veces al año, así como el mantener una buena salud bucal.

Darles a conocer que el éxito de su salud depende en mayor porcentaje en la iniciativa que tengan en sí mismos, puesto que, a falta de ello, no solo repercute en la salud del paciente, sino también en el estilo de vida.

GLOSARIO

GLOSARIO

Albuminuria: Es un proceso patológico manifestado por la presencia de albúmina en la orina

Astenia: Disminución de la fuerza muscular.

Cefalea: Sensación dolorosa en cualquier parte de la cabeza, que va desde un dolor agudo a un dolor leve y puede ocurrir con otros síntomas.

Comorbilidades: La presencia de enfermedades relación con el diagnóstico inicial.

Deshidratación: Pérdida significativa de fluido corporal que afecta las funciones normales del cuerpo.

Diuresis: Secreción de orina.

Hiperglicemia: (Hiperglucemia) significa cantidad excesiva de glucosa en la sangre.

Hipoglicemia: (Hipoglucemia) niveles bajos de glucosa en la sangre.

Nefropatía: Se refiere al daño, enfermedad o patología del riñón.

Neuropatía periférica: Debilidad, entumecimiento y dolor, generalmente en las manos y los pies, ocasionado por un daño neurológico.

Polifagia: Sensación imperiosa e incontenible de hambre que se presenta en determinadas enfermedades.

Poliuria: Producción anormal de grandes cantidades de orina.

Prurito: Sensación incómoda irritante que crea deseo de rascarse y que puede afectar a cualquier parte del cuerpo.

Odontogénico: Se trata de quistes benignos es una cavidad anormal cubierta por epitelio ocupada por pus, puede destruir el hueso del maxilar o mandíbula.

FUENTES DE CONSULTA

FUENTES DE CONSULTA

1. CECCOTTI, S. (2007) EL DIAGNOSTICO EN DIN WOMADOGO PANAMERICANA
2. CENETEO - IMMS (2012) DIAGNOSTICO Y MANEJO DE PROBLEMAS BUCALES EN EL ADULTO MAYOR
3. LYNCH, B (1996) MEDICINA BUCAL DE BURKER, MEXICO DE MC GRAVAL HILL INTERAMERICANA
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS (08 DE MARZO 2015) CMMS OBTENIDO DE DIABETES MELLITUS
5. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DIABETES MELLITUS EN EL ADULTO MAYOR
6. PAVEZ, V. RUBIO A, MARTINEZ P M (2002) DIABETES MELLITUS
7. INCLAN., R (S.F) EXPECTATIVA DE VIDA PARA ENFERMOS DE DIABETES MELLITUS
8. RADIODENT (16 DE ABRIL DE 2015) OBTENIDO DE INTRODUCCION A LA PERIODONCIA.
9. GARCIA J.J (2008) MANUAL DE ODONTOLOGIA BARCELONA ESPAÑA ELSEVIER MASSON.
10. GUIAS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (27 DE ABRIL DEL 2015) ENFERMEDAD PERIODONTAL
11. PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA NEWMAN, TAKEI, CARRANZA, N EDICIÓN, EDITORIAL INTERAMERICANA.
12. PERIODONCIA. GENCO, GOLDMAN, COHEN, 5TA EDICIÓN. EDITORIAL PANAMERICANA. PERIODONTOLOGÍA
13. CLÍNICA E IMPLANTOLÓGICA. J LINDHE, T KARTING, N LANG. EDICIÓN, EDITORIAL PANAMERICANA.
14. LIBRILLO CON ARTÍCULOS DEL PROFESOR DR. LUIS, A. BL ROSSY, A DISPOSICIÓN EN BIBLIOTECA Y

FOTOCOPIADORA C FACULTAD. ARTÍCULOS DE REVISTAS INTERNACIONALES, JOL PERIODONTOLOGY, PERIODONTOLOGY 2000, JOURNAL CLINICAL PERIODONTOLOGY.

15. JORDAN VALENZUELA M. MIRALLES GARCIA MD, RAMOS MORCILLO A, TORRES GARCIA M. INTERVENCIONES ENFERMERAS ANTE EL PACIENTE DIABETICO. TORREDONJIMENO: FORMACIÓN CONTINUADA LOGOSS; 2009.
16. ADDIE-GENTLE P, AZOK J, AZZARELLO J, EDELMAN M. DIABETES MELLITUS. GUÍA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE. MADRID: WILLIAMS AND WILKINS; 2007
17. TEBAR MASSÓ FJ, ESCOBAR JIMENEZ F. LA DIABETES MELLITUS EN LA PRACTICA CLÍNICA. MADRID: PANAMERICANA; 2009
18. CUADERNO ESTADÍSTICO MUNICIPAL, COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. (2002). "EDICIÓN 2002". AGUASCALIENTES: INEGI. ISBN 970-13 4195-3
19. ROMÁN DE BECERRIL, LETICIA. "COMITAN... UN LUGAR PARA SOÑAR. CALENDARIO GASTRONÓMICO". GERNIKA, 1995.
20. JUÁREZ, JOSÉ MARÍA. " EL LIBRO DEL PODERSÍSIMO COMITAN. 2018

ANEXOS

FORMATO DE LABORATORIO DE QUIMICA CLINICA, Y HEMATOLOGIA



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
Hospital General "Dr. Belisario Domínguez"
LABORATORIO CLINICO



Boulevard Salomón González Blanco No. 4650, Fracc. Las Torres, Tuxtla Gtz, Chis. C.P. 29040

SERVICIO: AMBULATORIO	No. SOLICITUD: 1904184
NOMBRE: CRUZ CRUZ DANIEL	FECHA: 19-abril-2021
EDAD: 25 Años	TELEFONO:
SEXO: MASCULINO	FECHA CREACION: 19/04/2021 07:32:14p.m.
RFC: CUCD950813/10	

PRUEBA	RESULTADO	UNIDAD	VAL. REF.
QUIMICA CLINICA			
GLUCOSA	.	mg/dl	74.0 - 106.0
UREA	.	mg/dl	19.0 - 49.0
NITROGENO UREICO (BUN)	.	mg/dl	9.0 - 23.0
CREATININA SERICA	.	mg/dl	0.90 - 1.30
ACIDO URICO	.	mg/dl	3.7 - 9.2
COLESTEROL TOTAL	.	mg/dl	0.0 - 200.0
TRIGLICERIDOS	.	mg/dl	30.0 - 150.0
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	.	%	4.00 - 6.00
OBSERVACIONES	.		


19:32 4/19/21

Validado por: T.L.C. Jorge García Girón

HEMATOLOGIA

Biometria Hemática			
LEUCOCITOS	.	10 ³ /µl.	4.50 - 10.50
ERITROCITOS	.	10 ⁶ /µl.	3.50 - 5.00
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.5 - 17.0
HEMATOCRITO	.	%	37.0 - 51.0
M.C.H.	.	pg	27.0 - 34.0
M.C.V.	.	fl.	80.0 - 100.0
M.C.I.C.	.	g/dl	33.0 - 37.0
R.D.W.	.	%	11.5 - 14.5
PLAQUETAS	.	10 ³ /µl.	150 - 450
MPV	.	%	7.0 - 10.5
LINOCITOS #	.	10 ³ /µl.	1.35 - 4.70
MONOCITOS #	.	10 ³ /µl.	0.22 - 1.00
EOSINOFILOS #	.	10 ³ /µl.	0.00 - 0.20
BASOFILOS #	.	10 ³ /µl.	0.00 - 0.10
NEUTROFILOS #	.	10 ³ /µl.	1.80 - 6.80
PCT	.	%	0.12 - 0.36
LINOCITOS %	.	%	24.0 - 38.0
MONOCITOS %	.	%	4.0 - 10.0
NEUTROFILOS %	.	%	45.0 - 65.0
EOSINOFILOS %	.	%	1.0 - 4.0
BASOFILOS %	.	%	0.0 - 1.0
ANISOCITOSIS	.		
MICROCITOSIS	.		
MACROCITOSIS	.		
VARIACION DE LA CONCENTRACION DE HGB	.		
HIPOCROMIA	.		

FORMATO DE HISTORIA CLINICA DEL ISSSTE



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

IDENTIFICACION

Dirección Médica _____

1.- UNIDAD MEDICA _____		2.- FECHA _____	
3.- NOMBRE _____		4.- EDAD _____	5.- SEXO _____
PATERNO	MATERNO	NOMBRE	F M
7.- OCUPACION _____		8.- ESTADO CIVIL _____	9.- DEPENDENCIA _____
10.- DOMICILIO _____			11.- TELEFONO _____

INTERROGATORIO

12.- MOTIVO DE LA CONSULTA _____

13.- PADECIMIENTO ACTUAL _____

14.- ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS _____

15.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS _____

16.- ESTA EN TRATAMIENTO MEDICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIPO: _____	MEDICAMENTOS _____
17.- TOMA HABITUALMENTE MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUALES: _____	DOSIS: _____
18.- INTOLERANCIA A LOS MEDICAMENTOS A OTRAS SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NO SABE: _____	
19.- INTOLERANCIA A LOS ANESTESICOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUALES: _____	
20.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NO SABE: _____	CUAL (ES) _____

21.- ALTERACIONES AP DIGESTIVO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 22.- DIFICULTAD RESPIRATORIA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 23.- CARDIOPATIAS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 24.- HIPERTENSION <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 25.- HIPOTENSION <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	26.- HEMORRAGIA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 27.- FIEBRE REUMATICA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 28.- HEPATITIS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 29.- DIABETES <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 30.- PADECIMIENTO RENALES <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 31.- EMBARAZO Y ABORTO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 32.- ALTERACIONES NEUROSIKOLOGICAS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 33.- CONVULSIONES <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
--	---

34.- OBSERVACIONES _____

EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL Y ANEXOS

35.- TEJIDOS BLANDOS _____

36.- TEJIDOS OSEOS _____

37.- ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR _____

DOLOOR
CREPITACION
SUBLUXACION
LUXACION
ANQUILOISIS
ESPASMO MUSCULAR

38 - ESTADO DE LA DENTICION

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

SIMBOLOS

- LESION CARIOSA
 - INDICADO PARA EXTRAERSE
 - OBTURACION
 - DIENTE AUSENTE
 - DIENTE SUPERNUMERARIO
- 39.- FACETAS DE DESGASTE
- | | |
|----|----|
| SI | NO |
| SI | NO |
- 40.- FLUOROSIS
- | | |
|----|----|
| SI | NO |
| SI | NO |
- 41.- ATRICION
- | | |
|----|----|
| SI | NO |
| SI | NO |
- 42.- MOV HOR
- MOV VER _____

43. OTRO _____

44. INTERPRETACION RADIOGRAFICA _____

45. DIAGNOSTICO _____

46. PRONOSTICO _____

47. PLAN DE TRATAMIENTO _____

48. EDUCACION HIGIENICA (____) (____) (____) (____) (____) (____) (____)

49. APLICACION TOPICA DE FLUOR (____) (____) (____) (____) (____) (____) (____)

50. CONTROL PERSONAL DE PLACA BACTERIANA (____) (____) (____) (____) (____)

51. INDICACIONES DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA _____

52. HISTORIA CLINICA ELABORADA POR: _____

NOMBRE

CLAVE


FIRMA

PROCEDIMIENTOS

53.- FECHA	54.- TRATAMIENTO	55.- TIEMPO	56.- RESPONSABLE

ESTA HOJA CONTINUA EN LA FORMA DE EVOLUCION CLAVE SM 1-3

FORMATO DE ESTUDIO DE CASOS DE PATOLOGIA (SIVEPAB) DE EPIDEMIOLOGIA PARA CONTROL ESTADISTICO DE ENFERMEDADES BUCALES



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

Folio de Módulo:

ESTUDIO DE CASO DE PATOLOGÍAS BUCALES

1. NOMBRE _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

2. DATOS DE NACIMIENTO _____
Estado Jurisdicción Municipio

3. FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA **4. EDAD** AA MM DD **5. SEXO** 1) Masculino 2) femenino

5. OCUPACIÓN _____ **7. ESCOLARIDAD** _____

6. CURP **9. TIPO DE PACIENTE** _____

10. RESIDENCIA HABITUAL _____
Calle y Número Colonia Estado

Jurisdicción **Municipio** **Localidad**

Clave **Estado** **Jurisdicción**

Municipio **Localidad** **Institución**

Nombre de Unidad **Odontólogo Notificante** **Matrícula**

11. MARQUE EL (LOS) QUE REFIERA EL PACIENTE

0) Ninguna 2) Inmunodeficiencias 4) Hipertensión Arterial 6) Otra

1) Diabetes Mellitus 3) Tabaquismo 5) Embarazo Especifique _____

12. LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL

12. TIPO DE LESIÓN 0) Ninguna 3) Mancha Roja (Entropiasia) **12. TIEMPO DE EVOLUCIÓN** 1) Menos de tres semanas

1) Úlcera 4) Mixta (Leucentropiasia) 2) tres semanas o más

2) Mancha blanca (leucoplasia) 5) Aumento de volumen

13. OTRO TIPO DE PATOLOGÍA 0) Ninguna 1) Fluorosis dental 2) Otra Especifique _____

14. HIGIENE BUCAL (ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO) Código para detritos y cálculo

D= Ausencia
 1= Hasta 1/3
 2= Hasta 2/3
 3= Más de los 2/3
 9= No registrado

	16	11	26	36	31	46
Superficie	Vesl.	Vesl.	Vesl.	Ling.	Vesl.	Ling.
Detritos						
Cálculo						

Si dispone de sonda de la OMS registre el punto 15a, si cuenta con otro tipo de sonda registre 15 b, si no dispone de ninguna registre 15c.

15. ESTADO PERIODONTAL

15. INDICE PERIODONTICO COMUNITARIO 0= Sano 4= Bolsa > 6 mm (la banda negra de la sonda no es visible) 17/16 11 26/27

Marque el código correspondiente en las celdas 1= Hemorragia 9= No registrado

2= Cálculo 3= Bolsa de 4 5 mm (la banda negra de la sonda es parcialmente visible) 47/46 11 36/37

15. DIAGNÓSTICO CON OTRO TIPO DE SONDA 0) Sano 1) Gingivitis 2) Periodontitis 3) No registrado Marque el grado más severo

15. DIAGNÓSTICO SIN SONDA 0) Sano 1) Gingivitis 2) Periodontitis 3) No registrado Marque el grado más severo

16. ESTADO DENTARIO (Índice CPOD o ceod)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Permanentes	Descripción	Temporales
0=	Sano	= A
1=	Cariado	= B
2=	Obturado y cariado	= C
3=	Obturado	= D
4=	Ausente por caries	= E
5=	Ausente por otra razón	= F
6=	Sellador	= G
7=	Pilar de puente	
8=	Diente no erupcionado	
9=	No registrado	

CLINICA MEDICA FAMILIAR



SALA DE ESPERA



CONSULTORIOS ESTOMATOLOGICOS











ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

