



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL
Y SUS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES
ADULTOS. CLÍNICA DE ADMISIÓN. FO 2007**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

SAIRA VILLALOBOS YAÑEZ

DIRECTORA: C D. MARÍA CONCEPCIÓN RAMÍREZ SOBERÓN.

ASESORA: C D. MARTHA CONCEPCIÓN CHIMAL SÁNCHEZ.

MÉXICO, D. F.

AÑO 2007



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.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	2
3. GENERALIDADES.....	8
4. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	10
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
6. JUSTIFICACIÓN.....	30
7. OBJETIVOS.....	30
7.1 Objetivo General	
7.2 Objetivos Específicos	
8. METODOLOGÍA.....	31
8.1 Material y método	
8.2 Tipo de estudio	
8.3 Población de estudio	
8.4 Muestra	

8. 5 Criterios de inclusión	
8. 6 Criterios de inclusión	
8. 7 Variables de estudio	
8. 8 Variable independiente y variable dependiente	
8. 9 Análisis de información	
9. RESULTADOS.....	35
10. CONCLUSIONES.....	45
11. BIBLIOGRAFÍA.....	46
12. ANEXOS.....	49
12.1 Cuestionario	
12.2 Tríptico	

1. INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos el proceso salud enfermedad ha sufrido transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su ambiente, en la era paleolítica la concepción fue mágica, la enfermedad se atribuía a lo sobrenatural, los curanderos, brujos y chamanes eran los principales actores, tiempo después surge en Grecia el concepto de lo natural, lo cual significó un cambio en el proceso salud enfermedad, la salud para ellos constituía una necesidad para cualquier ser vivo, de tal manera que esto les permitió acercarse a los métodos actuales como son el clínico, epidemiológico, y ambiental; posteriormente desde la antigüedad clásica aparece la concepción de lo ideal, finalmente en los orígenes de la presente medicina emerge lo somático fisiológico, acercándose a la definición de salud como ausencia de la enfermedad, los métodos empleados para apoyar esta concepción son la exploración del cuerpo, exámenes de signos y síntomas.

Para principios del siglo XVIII nace la concepción psicológica respecto al proceso salud enfermedad, conceptualizando a la salud como lo que no es tangible, utilizando para la exploración la psiquiatría individual, el psicoanálisis y la técnica de grupo

Actualmente las conductas de salud se encuentran vinculadas al estilo de vida que se define como el conjunto de conductas y hábitos cotidianos de una persona, es decir, su forma de vivir. La influencia cultural que reciben las personas es de gran importancia en su estilo de vida, la cultura, junto con sus valores y costumbres determina aspectos de salud y enfermedad.

En el estilo de vida se pueden adoptar diferentes tipos de conducta para promover, proteger y mantener la salud, éstas se denominan conductas preventivas.^{1, 3, 6, 8}

Las conductas preventivas se basan en el cuidado del cuerpo, hacer deporte, tener una buena alimentación, tener higiene personal, estas conductas son aprendidas por experiencia directa o moldeamiento.

Estas conductas influyen de manera importante en el proceso salud enfermedad. Así mismo, en determinado momento las personas con tales conductas de salud pueden convertirlas en hábitos de salud y relacionarlas con la propia salud ya que se encuentran firmemente establecidas en el comportamiento del individuo, funcionan de manera automática, es decir sin tener una clara conciencia de ello, como por ejemplo la higiene personal. Dado que son conductas de aprendizaje, se adquieren, se mantienen y se extinguen.^{4, 6}

LA CONDUCTA EN LA SALUD

Se caracteriza por ser inestable, autónoma con escasa o nula relación entre las diferentes conductas de una misma persona, por ejemplo una persona que lleva una buena alimentación, vida sana y en determinado momento abusa del tabaco. Esto indica que las conductas de salud son motivadas por el medio ambiente, en el caso de un paciente, algunos motivadores externos pueden ser la apariencia física o relacionarse mejor con otras personas, Por lo tanto se concluye que aspectos del medio ambiente aportan la motivación para realizar tal o cual conducta.⁶

MOTIVACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PERIODONTALES

Existen principios básicos que es importante tomar en cuenta para la prevención de las enfermedades periodontales. Son enfermedades infecciosas de origen bacteriano. Existe una estrecha relación entre las enfermedades periodontales y la presencia de la biopelícula. Si se practica una efectiva limpieza bucal se pueden prevenir y controlar dichas enfermedades. Por tales razones, la medida preventiva más eficaz para prevenir las enfermedades periodontales es la remoción de la biopelícula de manera mecánica.¹

Sustentado en estos principios, López Villarroel, señala que el eje de cualquier programa preventivo de enfermedades periodontales, es la fase de profilaxis dental, en la que se enseña al individuo las técnicas de control de la biopelícula dental y se le motiva para que las aplique todos los días.

La remoción personal de la biopelícula debe practicarse todos los días y debe estar complementada por profilaxis profesional periódica. Esto significa que la prevención de las enfermedades periodontales va a depender de la conducta de cada persona, conducta que está determinada por la motivación que se tenga en salud bucal.^{7,8}

En la enseñanza de los procedimientos preventivos se debe motivar, educar y entrenar al paciente en el uso de técnicas de control de la biopelícula dental que condiciona la enfermedad periodontal.

Para conseguir una actitud positiva que ayude a mantener la salud, el paciente debe estar convencido de que es benéfico para él y que obtendrá, con la práctica de los cuidados preventivos, satisfacciones tales como: Prevenir lesiones dolorosas, presentar boca agradable, fresca y sin halitosis, satisfacer las funciones masticatoria, estética y fonética, y ser socialmente aceptado, así como, evitar tratamientos costosos por enfermedades totalmente prevenibles.⁵

En este mismo orden de ideas, Seif señala que aunque es absurdo, existe una gran cantidad de profesionales que dan más importancia a la intervención clínica, que a las medidas preventivas, el fracaso al tratar de cambiar la conducta de cuidados dentales es vista, en general, como culpa del paciente por no cumplir con los regímenes preventivos.

En síntesis, el odontólogo debe considerar la motivación como una herramienta fundamental para que el paciente logre cambiar su conducta con relación a la salud periodontal y la integre como un hábito de ejecución permanente de los procedimientos que le garanticen mantener un ambiente bucal saludable. Para esto es necesario que el paciente entienda el problema y se sienta responsable del mismo. Sin esta motivación, es muy poco lo que se puede hacer para evitar la enfermedad.^{1, 6, 8}

Ahora bien, la motivación es un proceso dinámico que genera cambios en las personas y dirige el comportamiento de las personas en direcciones específicas e integra factores biológicos y sociales.

Por consiguiente, para lograr el cambio de conducta es imprescindible identificar en el programa preventivo las variables motivacionales, analizarlas y encontrar la relación que tienen con patrones de conductas adquiridos ya que estos pueden ser redimensionados con la finalidad de mejorar la situación de salud periodontal del paciente.

Las enfermedades periodontales constituyen una de las alteraciones de la cavidad bucal más prevalentes en el ámbito mundial y su prevención depende más de la motivación del paciente para la ejecución de comportamientos adecuados de cuidado bucal que de la aplicación de tecnología clínica.³

Esta consideración involucra a los profesionales de la Odontología y específicamente al Periodoncista en una responsabilidad: motivar al paciente, para que asuma la salud periodontal como un valor. El odontólogo debe inducir a las personas para que contribuyan con su esfuerzo al logro de este objetivo.

Este es el desafío de la motivación, una parte necesaria en la práctica de la odontología consiste en descubrir las condiciones bajo las que se puede motivar a las personas.

Ahora bien, el cepillado dental es una actividad diaria practicada regularmente por la mayoría de la población mundial. Smith y Striffer, reseñan que el 98%, se cepillan los dientes al menos una vez al día.^{2,3}

Por otra parte, dos terceras partes de los pacientes que abandonan los programas preventivos, lo hacen en los primeros noventa días y que una vez que la instrucción profesional termina los efectos no continúan y los pacientes en sus visitas posteriores de revisión periódica de 2 ó 3 meses después, regresan con niveles de placa dental iguales o peores que los observados antes de las instrucciones de higiene bucal.¹

Asimismo, existe evidencia que las personas son capaces de modificar su comportamiento sin necesidad de asistencia profesional. Schacter señala que es común observar cambios de conducta largo plazo en fumadores, cuando los individuos se encontraban automotivados.

Después de varios intentos los individuos lograron el éxito en cambiar la conducta por sí mismos.

Surgen en consecuencia las siguientes interrogantes: ¿Por qué fallan los programas de control de placa? ¿Por qué se dificultan los cambios de hábito?, y más aún ¿Por qué no se mantiene en el tiempo los cambios logrados?

Seif enumera 9 problemas relacionados directamente con el paciente, los cuales minimizan la efectividad de los programas de control de la biopelícula dental:

1. Los programas de biopelícula dental comienzan demasiado temprano en el plan de tratamiento
2. El control de la biopelícula comienza sin que el paciente se sienta dueño de su problema
3. Despersonalización en el programa preventivo
4. Se asumen razones equivocadas con relación a las fallas del paciente en su control de la biopelícula dental
5. Los viejos hábitos son automáticos
6. Se asume que el paciente tiene suficiente destreza para una adecuada higiene bucal
7. Se trata de enseñar demasiadas cosas, demasiado rápido
8. No existe un adecuado seguimiento al programa preventivo
9. Las actividades preventivas muchas veces no se ofrecen a quienes más las necesitan.^{1, 4, 5, 8}

Analizando cada uno de estos problemas se identifica que es obvio un conjunto de factores relacionados directa o indirectamente con el proceso motivacional cuyo reconocimiento podría contribuir al éxito de estas actividades.

Así, en los programas preventivos se desconocen los hábitos de higiene bucal del paciente. No se determina si el paciente siente que tiene un problema y si siente deseos de solucionarlo en ese momento.³

No se personaliza el mensaje y por consiguiente la información que se suministra no es relevante para el problema específico del paciente. Se tiende a pensar que el paciente no sabe como utilizar los aditamentos de higiene bucal o no entiende la importancia de hacerlo. La mayoría de las ocasiones se inician las instrucciones de higiene sin evaluar los procedimientos que el paciente utiliza.^{2, 16}

Se trata de enseñar al paciente a cepillarse correctamente los dientes, en una sola sesión. No se tiene un sistema adecuado de recordatorio en la consulta y los programas de control de biopelícula se ofrecen más a pacientes sanos que a pacientes enfermos.

En síntesis, un programa motivacional para prevenir o restaurar la salud periodontal deberá sustentarse en el conocimiento de la persona, generando interés, demostrando preocupación, escuchando y facilitando información. Cuando existe una discrepancia entre la actuación ideal del paciente y la actuación real se trata por lo general de fallas en el proceso de motivación que imposibilitan establecer y mantener un hábito a largo plazo.

2. GENERALIDADES

ENCÍA: Es la parte de la mucosa masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes.

La encía en sentido coronal, es de color rosa coral que termina en el margen gingival libre y tiene un contorno festoneado, en sentido apical la encía se continua con la mucosa alveolar, esta es laxa y de color rojo, esta se separa por el limite mucogingival. ^{11,19}

En la encía coronal se distinguen dos partes de la encía:

- 1.- La encía libre
- 2.- La encía adherida



Fig. 1 Encía sana

Fuente: www.shika.com

LIGAMENTO PERIODONTAL: Es el tejido conectivo blando, muy vascularizado y celular que rodea y une el cemento radicular con el hueso alveolar propio. El ligamento periodontal posibilita la distribución y absorción de la fuerza generada durante la masticación. ¹¹

CEMENTO RADICULAR: Es de tejido mineralizado especializado (65% de hidroxiapatita) y este cubre las superficies radiculares y en ocasiones, pequeñas porciones de las coronas dentales. En el cemento se insertan las fibras periodontales dirigidas a la raíz y contribuye al proceso de reparación consecutivo a un daño en la superficie radicular. ^{11, 18}



Fig. 2 Elementos del periodonto

Fuente: www.google.com

HUESO ALVEOLAR: Es aquella parte de los maxilares superior e inferior que forma y sostiene a los alvéolos de los dientes, este constituye el aparato de inserción de los dientes, cuya función es distribuir y reabsorber las fuerzas por ejemplo las de la masticación y contactos dentarios. ¹¹



Fuente: www.biomedicalcenter.com

Fig. 3 Imagen radiográfica del periodonto sano

3. ENFERMEDAD PERIODONTAL

ENFERMEDAD PERIODONTAL: es el conjunto de procesos que afectan al periodonto, es decir a los tejidos que rodean al diente teniendo como resultado destrucción del hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular, proceso que finaliza con la pérdida dental.

Cabe destacar que afección y destrucción de los tejidos de soporte dental, tiene como consecuencia una disminución paulatina de la función dental.

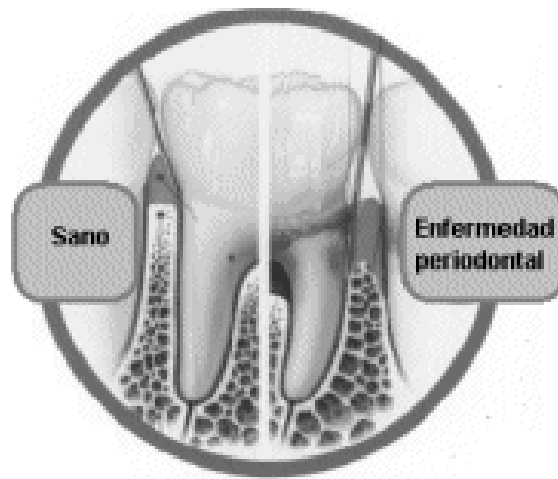


Fig. 4 Estructuras periodontales en estado de salud y enfermedad

Fuente: www.google.com

Básicamente las enfermedades periodontales se dividen en **GINGIVITIS** y **PERIODONTITIS**, teniendo a su vez, cada una de ellas, varias subclasificaciones con distinta gravedad.^{11, 14, 15}

Las enfermedades periodontales son la causa más importante de pérdida dental en adultos, afectando 3 de cada 4 personas en algún momento de su vida y está condicionada por la biopelícula dental.¹⁹

GINGIVITIS: Es la inflamación de la encía sin la destrucción del hueso y por lo tanto es reversible. Se caracteriza por el enrojecimiento de la encía e inflamación y tendencia incrementada al sangrado ante un suave sondeo, dicha inflamación es inducida por la biopelícula dental. La acumulación de ésta durante los primeros 10 a 20 días, permite que se establezcan los signos de la gingivitis, aunque esto puede variar dado que existen individuos intrínsecamente resistentes.^{9, 13, 20}



Fuente: www.biomedicalcenter.com

Fig. 5 Gingivitis

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL

- Agrandamiento del contorno gingival,
- Color entre rojo a rojo-azuloso
- Temperatura sulcular elevada
- Hemorragia al sondeo
- Eritema
- Aumento del exudado gingival.^{10, 11, 12}



Fig.6 Gingivitis moderada



Fig. 7 Gingivitis asociada a trastornos hormonales

Fuente:elespectador.com

PERIODONTITIS: Se entiende como la destrucción de los tejidos de soporte que rodean el diente provocada por microorganismos. Los procesos inflamatorios e inmunes que se extienden profundamente, más allá de la bolsa periodontal afecta al hueso alveolar. Así los procesos defensivos del hospedero ante un gran número de microorganismos, paradójicamente, son responsables de gran parte de la lesión tisular observada gingivitis y periodontitis.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PERIODONTITIS

- Pérdida clínica de inserción.
- Pérdida de hueso alveolar.
- Presencia de bolsas periodontales.

Inflamación gingival (edema, eritema, aumento de la temperatura del surco).

- Hemorragia a la presión.
- Movilidad dental, que puede llevar a exfoliación.
Es más frecuente en adultos pero puede presentarse también en jóvenes y niños.
- La severidad de la enfermedad está directamente relacionada con la presencia de factores locales.
- Presencia de cálculo subgingival.
- Asociado con un patrón microbiológico variable (*Porphyromonas gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans*, *Bacteroides forsythus*, *Prevotella Intermedia*, *Campilobacter rectus*, *Eubacterium nodatum*, *Treponema denticola*, *Streptococcus Intermedia*, *Prevotella nigrecens*, *Peptostreptococcus micros*, *Fusobacterium nucleatum*, *Eikenella corrodens*, Espiroquetas).^{11, 12}

Profundidad de la bolsa y nivel de inserción: Es preciso destacar que la profundidad de la bolsa se mide con una sonda graduada donde los valores menores de 4 milímetros entran dentro de las variaciones normales.

Grado de afectación de la furca: en donde se identifica la presencia y extensión de la destrucción del tejido periodontal, se mide en 3 diferentes grados.

Movilidad dentaria: esta se mide en tres distintos grados y equivale al grado de destrucción de los tejidos de sostén.

Destrucción ósea: esta es realizada mediante un análisis radiográfico el cual provee informes de la altura y configuración del hueso alveolar interproximal, tal análisis debe combinarse con los parámetros antes citados.

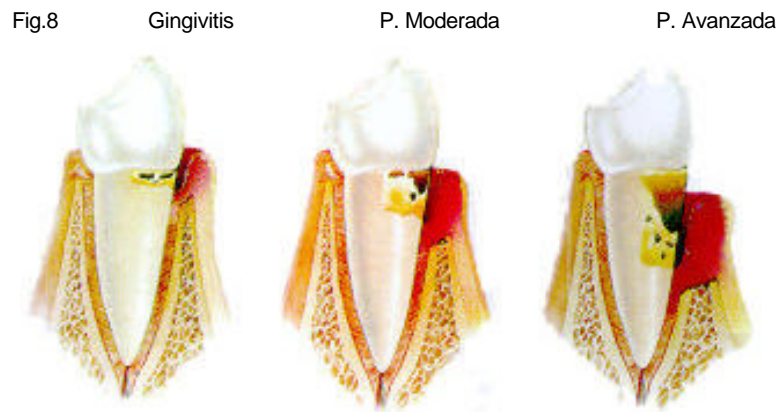
Estado de higiene bucal: unido a la exploración de los tejidos periodontales, se debe hacer una evaluación de ausencia o presencia de biopelícula, los depósitos bacterianos pueden ser teñidos con una solución reveladora para facilitar su detección, la presencia de la biopelícula dental es marcada en una ficha y se expresa en porcentaje.^{14, 18}

Teniendo los datos antes mencionados, se puede llegar a un diagnóstico que puede ser cualquiera de los tres siguientes:

Gingivitis: se emplea este diagnóstico cuando una o varias unidades gingivales en torno a un diente determinado, sangran al sondeo.

Periodontitis moderada: la medición de la profundidad de la bolsa, el nivel de inserción más el análisis radiográfico indica una pérdida uniforme horizontal de los tejidos de sostén que no exceden un tercio de la longitud de la raíz. Debe haber inflamación es decir sangrado al sondeo cuando se hace en la profundidad de la bolsa.

Periodontitis avanzada: donde la medición de la profundidad de la bolsa y el nivel de inserción más el análisis radiográfico indican una pérdida constante horizontal de los tejidos de sostén y esta medición excede un tercio de la longitud de la raíz, debe haber inflamación lo que se traduce en sangrado al llegar al fondo de la bolsa.^{9, 12, 19}



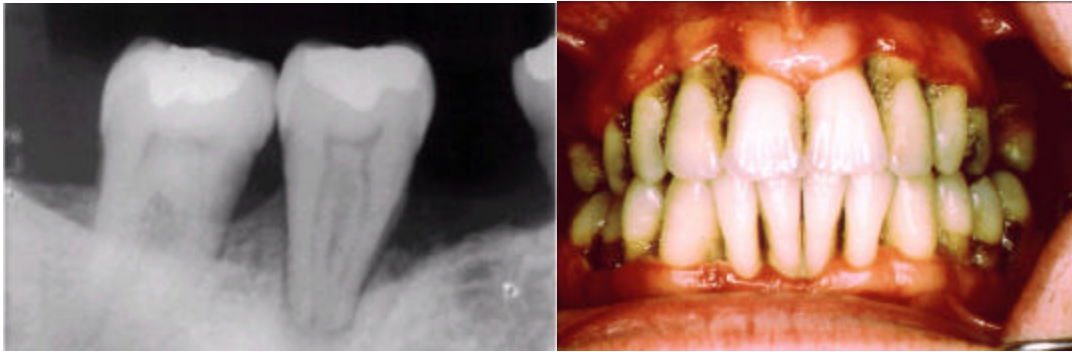


Fig. 9, 10 Aspecto radiografico y clinico de periodontitis avanzada

Fuente: www.biomedicalcenter.com

CLASIFICACIÓN GENERAL DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

I. Enfermedad Gingival^{9, 10, 21}

A. Enfermedad Gingival Inducida por Placa Dental.

1. Gingivitis asociada con Placa Dental únicamente.

- a.** Sin otros factores locales asociados.
- b.** Con otros factores locales asociados (Ver VIII-A).

2. Enfermedad Gingival Modificada por Factores Sistémicos.

a. Asociada con el Sistema Endócrino.

- 1)** Gingivitis Asociada con la Pubertad.
- 2)** Gingivitis Asociada con el Ciclo Menstrual.
- 3)** Gingivitis Asociada con el Embarazo.

- a)** Gingivitis.
- b)** Granuloma Piógeno.

- 4) Gingivitis Asociada a Diabetes Mellitus.
 - b. Asociada con Discrasias Sanguíneas.
 - 1) Gingivitis Asociada con Leucemia.
 - 2) Otros.
- 3. Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos.
 - a. Enfermedad Gingival Influenciada por Drogas.
 - 1) Agrandamientos Gingivales Influenciados por Drogas.
 - 2) Gingivitis Influenciada por Drogas.
 - a) Gingivitis Asociada a Anticonceptivos Orales.
 - b) Otras.
- 4. Enfermedad Gingival Modificada por Malnutrición.
 - a. Gingivitis Asociada a Deficiencia de Ácido Ascórbico.
 - b. Otras.
- B. Lesiones Gingivales No Inducidas por Placa.**
 - 1. Enfermedad Gingival de Origen Bacteriano Específico.
 - a. Lesiones Asociadas con *Neisseria gonorrhoeae*.
 - b. Lesiones asociadas con *Traponema pallidum*.
 - c. Lesiones Asociadas a Especies *Streptocólicas*
 - d. Otros.
 - 2. Enfermedad Gingival de Origen Viral.
 - a. Infecciones por el Herpes Virus.
 - 1) Gingivoestomatitis Herpética Primaria.
 - 2) Herpes Oral Recurrente.
 - 3) Infecciones por Varicela Zoster.
 - b. Otras.
 - 3. Enfermedad Gingival de Origen Fúngico.

- a.** Infecciones por Especies de *Cándida*.
 - b.** Eritema Gingival Lineal.
 - c.** Histoplasmosis.
 - d.** Otras.

- 4.** Lesiones Gingivales de Origen Genético.
 - a.** Fibromatosis Gingival Hereditaria.
 - b.** Otros.

- 5.** Manifestaciones Gingivales de Condiciones Sistémicas.
 - a.** Desórdenes Mucocutáneos.
 - 1)** Liquen Plano.
 - 2)** Penfigoide.
 - 3)** Pénfigo Vulgar.
 - 4)** Eritema Multiforme.
 - 5)** Lupus Eritematoso.
 - 6)** Inducidas por Drogas.
 - 7)** Otras.

 - b.** Reacciones Alérgicas.
 - 1)** Reacciones a los materiales restaurativos dentales.
 - a)** Mercurio.
 - b)** Níquel.
 - c)** Acrílico.
 - d)** Otros.

 - 2)** Reacciones atribuidas a
 - a)** Cremas Dentales.
 - b)** Enjuagues Dentales.
 - c)** Aditivos de Gomas de Mascar.
 - d)** Aditivos de los Alimentos.

 - 3)** Otras.

6. Lesiones Traumáticas.

- a. Lesiones Químicas.**
- b. Lesiones Físicas.**
- c. Lesiones Térmicas.**

7. Reacciones a Cuerpo Extraño.**8. Otras no Específicas.****II. Periodontitis Crónica.**

- A. Localizada.**
- B. Generalizada.**

III. Periodontitis Agresiva

- A. Localizada.**
- B. Generalizada.**

IV. Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.**A. Asociada con Desórdenes Hematológicos.**

- 1. Neutropenia Adquirida.**
- 2. Leucemia.**
- 3. Otros.**

B. Asociada con Desórdenes Genéticos.

- 1. Neutropenia Cíclica Familiar.**
- 2. Síndrome de Down.**
- 3. Síndromes de Deficiencia de Adhesión Leucocitaria.**
- 4. Síndrome Papillon-Lefèvre.**
- 5. Síndrome de Chediak-Higashi.**
- 6. Histiocitosis.**
- 7. Enfermedad de Almacenamiento de Glicógeno.**
- 8. Agranulocitosis Genética Infantil.**
- 9. Síndrome de Cohen.**
- 10. Síndrome de Ehlers-Danlos.**
- 11. Hipofosfatasia.**
- 12. Otros.**

C. Otros no específicos.

V. Enfermedad Periodontal Necrotizante.

- A. Gingivitis Ulceronecrotizante.**
- B. Periodontitis Ulceronecrotizante.**

VI. Absceso Periodontal.

- A. Absceso Gingival.**
- B. Absceso Periodontal.**
- C. Absceso Pericoronal.**

VII. Periodontitis Asociada con Lesiones Endodónticas.

- A. Lesiones Combinadas Endo-Periodontales.**

VIII. Condiciones o deformidades del desarrollo o adquiridas

A. Factores Localizados Relacionados a los Dientes que Modifican o Predisponen a la Enfermedad Gingival Inducida por Placa o Periodontitis.

- 1. Factores Anatómicos Dentales.**
- 2. Aparatos y Restauraciones Dentales.**
- 3. Fracturas Radiculares.**
- 4. Reabsorción radicular cervical y Láminas de Cemento.**

B. Condiciones y Deformidades Mucogingivales Adyacentes a los Dientes.

1. Resección de los Tejidos Gingivales Blandos.

- a. Superficies Lingual o Vestibular.**
- b. Interproximal (Papilar).**

- 2. Ausencia de Encía Queratinizada.**
- 3. Profundidad Vestibular Disminuida.**
- 4. Posición Aberrante de Músculos/Frenillo.**
- 5. Exceso Gingival.**

- a. Seudobolsas.**
- b. Margen Gingival Inconsistente.**
- c. Gran exceso Gingival.**
- d. Agrandamiento Gingival.**
- 6. Color Anormal.**

C. Condiciones y Deformidades Mucogingivales en Rebordes Edentulos.

1. Deficiencia de Reborde Horizontal y/o Vertical.
2. Ausencia de Tejido Queratinizado/Encía.
3. Agrandamiento de Tejido Blando/Gingival.
4. Posición Aberrante de músculos/Frenillo.
5. Profundidad Vestibular Disminuida.
6. Color Anormal.

D. Trauma Oclusal.

1. Trauma Oclusal Primario.
2. Trauma Oclusal Secundario.

BIOPELICULA DENTAL

Llamado también biopelícula, es un ecosistema microbiano organizado, conformado por microorganismos pertenecientes a diferentes géneros y especies, asociados a una superficie inerte o viva, con características funcionales y estructuras complejas.¹⁵

La película adquirida puede contener aproximadamente un 15% de células y un 85% de matriz extracelular, generalmente polisacáridos, que forman canales por donde circulan agua, enzimas, nutrientes, residuos; allí los individuos establecen relaciones, dependencias, viven, cooperan, y se comunican a través de señales químicas.

Para adaptarse a la película adquirida las bacterias hacen cambios importantes en su estructura y metabolismo, los avances han permitido identificar genes y proteínas que se encienden o se apagan a través de las diferentes etapas de desarrollo de la comunidad.

La enfermedad periodontal es de causa bacteriana, producida por acumulo de la película adquirida que es una capa pegajosa e incolora que se forma constantemente y se adhiere al diente el contacto con la encía .³¹

Luego que se forma la película adquirida, esta es colonizada por especies como *Streptococcus sanguis* y *Actinomyces viscosus* que son bacterias Grampositivas, a estas llegan otros microorganismos y se adhieren a los primeras especies de bacterias en colonizar por un fenómeno llamado coagregación.^{11, 18}

Lo primero que se forma es la película adquirida de glicoproteínas salivares y anticuerpos, las bacterias se adhieren de manera variable a estas superficies.

Estudios realizados detectaron que el microorganismo presente en la película adquirida de 24 horas es *Streptococcus sanguis*, en la fase siguiente se detectaron bacilos Grampositivos que en un inicio están en menor cantidad pero después superan el numero de *S. sanguis*, posteriormente se adhieren organismos Gramnegativos que tienen menor capacidad de adhesión.²⁹

El resumen de algunos datos sugieren que *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides fosythus*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens*, *Campylobacter rectus*, *Fusobacterium nucleatum*, *Eikenella corrodens*, *Peptostreptococcus micros*, *Eubacterium*, *Streptococcus intermedius*, *Espiroquetas*, son microorganismos patógenos causantes de las enfermedades periodontales.²²

Actualmente se acepta que la biopelícula dental con su componente microbiológico es el factor etiológico primario de la enfermedad periodontal, pero la biopelícula por si sola no produce daño ya que existe un equilibrio entre el hospedero y la microbiota pero la falta de control microbial podría

conducir a un desequilibrio entre ella y el hospedero debido a un incremento de la masa microbial y o la virulencia de los microorganismos presentes.²⁰

Por otro lado, la enfermedad periodontal de origen multifactorial como es sabido, no se produce en ausencia de la biopelícula. La eliminación de dicho acumulo de microorganismos conduce a la desaparición de los signos y síntomas. Desde el punto de vista actual la enfermedad periodontal está relacionada con el individuo, se dice que tiene predisposición genética a padecer periodontitis, se ha evidenciado mediante estudios descriptivos que solo pocas personas presentan destrucción periodontal avanzada.⁹

Es fundamental hablar de las medidas de higiene particulares dirigidas a la eliminación de los microorganismos que provocan enfermedad periodontal, por tal razón se requiere visitas periódicas con el odontólogo para que corrija los hábitos de higiene oral, ya que estos son más peligrosos en los pacientes inmunológicamente predispuestas a padecer periodontitis.

La periodontitis es muy rara en jóvenes y adolescentes, aproximadamente 1:10.000 , sin embargo su frecuencia aumenta con la edad alrededor del 10% a los 30-40 años y del 25-30% entre 50 y 60 años. Por lo tanto es una enfermedad relativamente frecuente en adultos y su frecuencia aumenta claramente con la edad.^{6, 15}

FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento. Es posible desarrollar una enfermedad periodontal con o sin factores de riesgo mencionados a continuación. Sin embargo entre mas factores de riesgo se tengan mayor será la probabilidad de desarrollar enfermedad periodontal.

Factores de riesgo en el estilo de vida:

- Fumar
- Mala nutrición: dietas altas en azucares y/o bajas en vitamina C
- Estrés

- Enfermedades metabólicas y endocrinas
 - Insuficiencia renal
 - Diabetes
 - Desequilibrios hormonales
 - Pubertad
 - Embarazo
 - Menopausia
 - Escorbuto

- Enfermedades hematológicas
 - Leucemia
 - Infecciones virales
 - VIH
 - Papiloma virus humano
 - Herpes zoster
 - Herpes simple

- Gingivitis herpética
- Infecciones micóticas
- Candidiasis

- Enfermedades mucocutáneas
 - Ulceraciones bucales recidivantes
 - Liquen plano
 - Penfigoide ampollar benigno
 - Pénfigo
 - Eritema multiforme
 - Lupus eritematoso

- Enfermedades gastrointestinales
 - Enfermedad de Crohn
 - Medicamentos
 - Anticonceptivos
 - Antihipertensivos
 - Anticonvulsivantes
 - Neoplásicos
 - Inmunosupresores

- Enfermedades autoinmunes
 - Artritis reumatoide
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Síndrome de Down
 - Tuberculosis
 - Sífilis

El riesgo de desarrollar enfermedad periodontal se incrementa a medida que se envejece. El 25% de personas entre 30-44 años de edad tienen por lo menos periodontitis leve. El 40% de las personas entre 45-54 años de edad tiene, por lo menos periodontitis leve. El 50% de las personas entre 65-74 años de edad tiene, por lo menos periodontitis leve. ¹⁵

La halitosis representa un motivo de preocupación conocido desde tiempos muy antiguos, sin embargo, existen pocos estudios que permiten conocer la halitosis como una entidad clínica. El metabolismo bacteriano es crítico para la producción del mal olor, sin embargo, no se ha establecido una correlación directa entre los índices de biopelícula y la halitosis, ya que su detección cuantitativa y cualitativa, es difícil de determinar. ²⁶

La gran mayoría de las investigaciones identifican un componente bacteriano Gramnegativo, como la microflora principalmente responsable del mal olor de la boca, que son capaces de producir CAV (compuestos de azufre volátiles) y ácidos grasos volátiles, a partir de los productos sanguíneos y del metabolismo de aminoácidos, además de ser liberados del debridamiento de células y de los productos del suero.

Estas bacterias incluyen principalmente el *Treponema denticola*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus* y *Fusobacterium*^{24,25}

El saco periodontal, la superficie dorsal de la lengua son las fuentes principales del mal olor de la boca. Mientras para algunos autores la superficie posterior del dorso de la lengua y sus estructuras papilares, que permiten retener cantidades considerables de comida y células debridadas, son la principal fuente de la halitosis, para otros el saco periodontal es el sitio de mayor producción, especialmente en pacientes que se encuentran periodontalmente afectados.

La lengua, es crucial en el desarrollo de la halitosis, pero el mal olor no puede ser atribuido a un solo factor sino a la suma y combinación de otros elementos tales como por ejemplo, los componentes salivales, que por una parte, proveen condiciones de oxígeno que inhiben la generación del mal olor y por otra contienen sustratos oxidables que agotan las reservas de oxígeno y favorecen el desarrollo de la halitosis.^{26,27,28}

Diversas investigaciones han tratado de relacionar la cantidad de sulfuro de hidrógeno en el fluido crevicular y la profundidad de la bolsa periodontal; el índice gingival, el volumen de fluido crevicular y la producción de sulfuro de hidrógeno; las bolsas activas (que sangran al sondeo) y el nivel de azufre; la pérdida ósea radiográfica, la cantidad de compuestos de azufre volátiles y otros parámetros periodontales tales como el nivel de inserción e índice periodontal, sin embargo y a pesar que se observó una correlación positiva entre la severidad de la periodontitis (bolsas periodontales profundas) y el contenido de compuestos de azufre volátiles en la boca, hoy en día se sugiere que la actividad de la enfermedad es más responsable de la producción del mal olor.²⁸

Se ha descrito la posible correlación entre la halitosis y la enfermedad periodontal, sin embargo, aún no se ha definido la relación existente entre estas dos entidades. También se ha tratado de demostrar de qué manera, los compuestos de azufre volátiles, pueden contribuir en la etiología de la gingivitis y de la periodontitis.

Esto implica que los compuestos volátiles de azufre pueden tener un importante papel en la patogénesis de la enfermedad periodontal e incluye una serie de eventos en donde se altera la permeabilidad de las células y se facilita el acceso de metabolitos tóxicos dentro del tejido conectivo.

Los pacientes afectados periodontalmente, frecuentemente sufren de halitosis, pero la presencia de esta última en ausencia de enfermedad periodontal, indica las múltiples etiologías del mal olor, independientemente de la enfermedad periodontal y la presencia de la biopelícula.^{24, 30}

Los constituyentes volátiles de la cavidad bucal ofrecen una fuente de información potencial para conocer las funciones sistémicas normales y puede servir como marcadores diagnósticos en los distintos estadios de la enfermedad periodontal. Además, son potencialmente capaces de alterar la permeabilidad de los tejidos gingivales, inducir respuestas inflamatorias y son capaces de penetrar profundamente en los tejidos e inducir cambios de deterioro en el epitelio no queratinizado, en la membrana basal y en la lámina propia.

La halitosis es el producto de la capacidad que tiene la flora asacarolítica y las bacterias anaerobias Gramnegativas, principalmente periodontopatógenas, de producir Compuestos de Azufre Volátiles.^{22, 25}

La superficie dorsal de la lengua es el contribuyente más importante de la halitosis, sin embargo, los surcos gingivales, a diferencia de otras zonas de la mucosa bucal, no se encuentran protegidos por epitelio queratinizado, por lo tanto, son más susceptibles a las injurias y representan una zona crítica en donde los biofilms pueden concentrarse cerca del epitelio del surco y magnificar su potencial de toxicidad.^{26, 28}

Algunas zonas linguales y dentales pueden ser colonizadas por patógenos potenciales sin evidencia de enfermedad periodontal previa. Estos patógenos se encuentran en un período de latencia y por tal razón se sugiere la posibilidad que estos microorganismos, puedan originar halitosis antes que se inicie la actividad de la enfermedad periodontal.

Algunos individuos, con enfermedad periodontal o sin ella presentan altos niveles de halitosis, por ende, el mal olor no parece estar asociado directamente con la presencia de periodontitis. Los compuestos volátiles de azufre pueden imitar las alteraciones que ocurren en la enfermedad periodontal y pueden actuar como factores etiológicos importantes en su patogénesis.²²

Las investigaciones, han ignorado a los individuos con halitosis y desconocen la posibilidad de que los Compuestos de Azufre Volátiles puedan ser factores de riesgo de la enfermedad periodontal, por lo que se hace necesario determinar de forma precisa el grado de contribución de estos elementos en la patogénesis de la enfermedad periodontal, ya que la halitosis es una condición bucal o sistémica debe ser tratada.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica odontológica es frecuente el diagnóstico de pacientes con enfermedad periodontal en distintos grados y las historias clínicas ponen en evidencia diferentes factores de riesgo a los que se exponen con frecuencia, mismos que de no ser controlados , originan la pérdida dental en algunos casos.

En este sentido, uno de los factores más determinantes es el desconocimiento de los efectos que tienen las prácticas no saludables en términos de autocuidado de la salud buco dental ya que los individuos no podrán detectar lesiones bucales incipientes, prácticas nocivas como la higiene bucal deficiente, alimentos ricos en carbohidratos y sobre todo, manifestaciones bucales tempranas de enfermedades sistémicas, por lo tanto:

¿Cual es el nivel de conocimientos que sobre la presencia de gingivitis, periodontitis y factores de riesgo que la predisponen y condicionan tienen, una muestra de adultos que solicitan atención buco dental en la clínica de admisión de la facultad de odontología de la UNAM?

5. JUSTIFICACIÓN

El conocimiento sobre los efectos destructivos de cualquiera de las manifestaciones sobre enfermedad periodontal podría disminuir la prevalencia de estas alteraciones y uno de los medios que con mayor frecuencia se utilizan son los posters y los trípticos por lo que diseñar el contenido de un tríptico permitirá que la información se difunda sobre todo en adultos.

Por lo tanto, hacer un estudio que recabe el conocimiento sobre algunos aspectos de la enfermedad periodontal permitirá por un lado, que se rescate información necesaria para que un tríptico pueda orientar con su contenido la identificación de lesiones anormales en la mucosa y por el otro lado, promover el auto cuidado de la salud buco dental dejando este a disponibilidad de los pacientes que solicitan atención dental en la clínica de admisión de la facultad de odontología de la unam.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos que sobre enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados, tienen pacientes adultos de 30 a 60 años que acuden a la clínica de admisión de la facultad de odontología de la UNAM, durante septiembre del 2007.

6.2 **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar los conocimientos sobre periodontitis, gingivitis y factores de riesgo asociados, por edad, género y nivel educativo.

Identificar la frecuencia de aseo bucal así como la utilización de auxiliares para la higiene bucal.

Elaborar un tríptico sobre enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados con los datos obtenidos.

7. **METODOLOGÍA**

7.1 **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de pacientes que acudieron a consulta dental a la clínica de admisión de la facultad de odontología de la UNAM en donde se les aplicó una encuesta para determinar los conocimientos que tienen sobre enfermedad periodontal, la cual se diseño de acuerdo a la escala de Likert, esta es una escala que también permite medir actitudes que están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos, las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en si. Por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como los “síntomas” y no como los “hechos”.

6.2 **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar los conocimientos sobre periodontitis, gingivitis y factores de riesgo asociados, por edad, género y nivel educativo.

Identificar la frecuencia de aseo bucal así como la utilización de auxiliares para la higiene bucal.

Elaborar un tríptico sobre enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados con los datos obtenidos.

7. **METODOLOGÍA**

7.1 **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de pacientes que acudieron a consulta dental a la clínica de admisión de la facultad de odontología de la UNAM en donde se les aplicó una encuesta para determinar los conocimientos que tienen sobre enfermedad periodontal, la cual se diseñó de acuerdo a la escala de Likert, esta es una escala que también permite medir actitudes que están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos, las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en si. Por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como los “síntomas” y no como los “hechos”.

A cada paciente se le aplicó una encuesta que solicitaba información demográfica como edad, ocupación, género e información epidemiológica sobre diferentes aspectos del autocuidado de la salud bucal y conocimientos sobre enfermedad periodontal.

El informe se captura en el programa Excel para el análisis de las variables. Los valores demográficos se presentan en forma descriptiva y en distribución porcentual para determinar el grado de conocimientos se calculó el promedio del puntaje de acuerdo a la escala de Likert, se presenta de forma grupal y por género.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal.

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes adultos que solicitaron atención en la clínica de admisión de la facultad de odontología durante el 2007.

7.4 MUESTRA

47 pacientes adultos de 30 a 60 años de edad que solicitan atención en el turno matutino durante el periodo comprendido de septiembre y octubre del 2007.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes adultos de 30 a 60 años de edad y que solicitaron atención en el turno matutino

Género masculino y femenino

Pacientes que deseen participar en el estudio, contestando un cuestionario

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión pero que no sepan leer y escribir.

7.7 VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad
- Género
- Grado de escolaridad
- Conocimientos sobre enfermedad periodontal.

7.8 VARIABLE DEPENDIENTE:

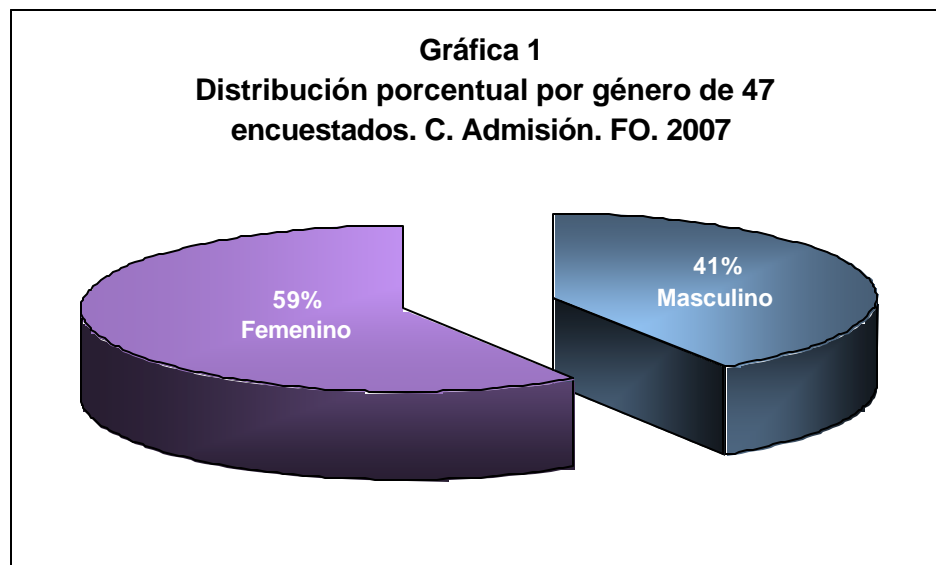
Conocimientos sobre enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados.

7.9 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Género
- Nivel educativo.

8. RESULTADOS

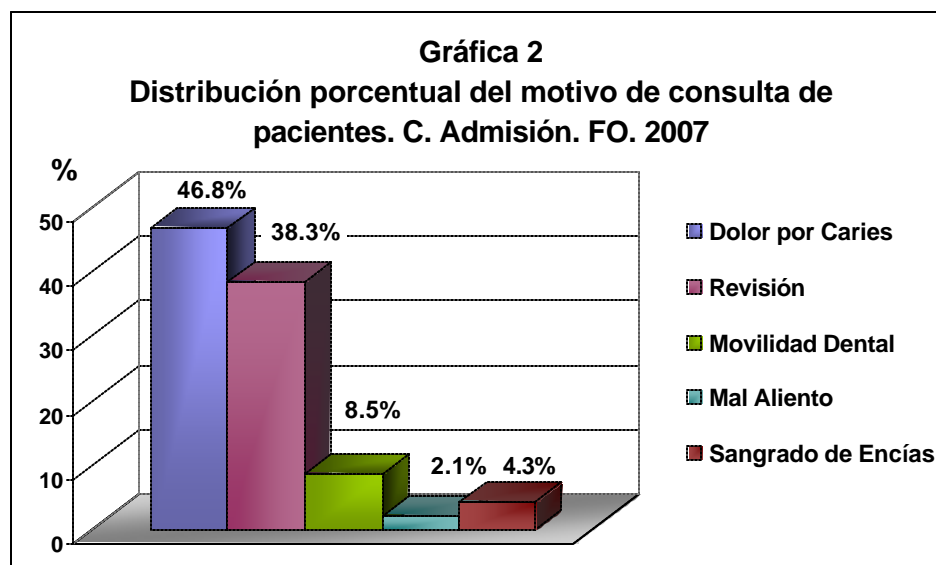
En el presente estudio participaron 47 personas de los cuales el 59% correspondió al género femenino y el 41% al masculino (Gráfica 1). Todos los pacientes fueron encuestados en la Sala de espera de la clínica de Admisión de la Facultad de Odontología. El promedio de edad general de los encuestados fue de 46.7%.



Fuente directa

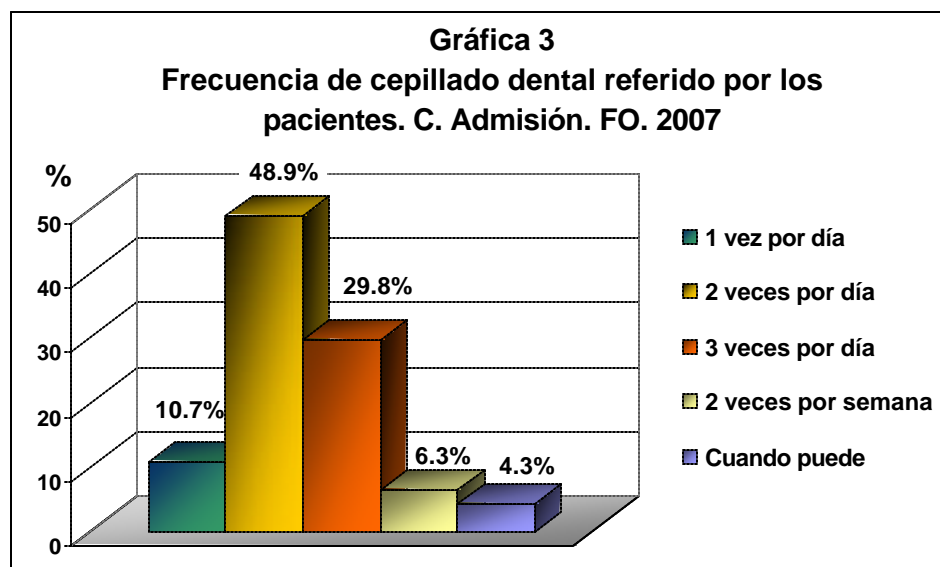
El motivo de consulta que representó la mayor proporción de los encuestados refirió solicitar la consulta debido al dolor por caries (46.8%).

El mal aliento y el sangrado de las encías, a pesar de que es un problema frecuente en los adultos, sobre todo en los que sobrepasan la década de los 30 fueron los motivos que se presentaron con menor frecuencia con el 2.1 y 4.3%. (Gráfica 2)



Fuente directa

En el formato de encuesta se incluyó un ítem para determinar la frecuencia de cepillado dental y los resultados demostraron que casi la mitad de los encuestados se cepilla dos veces al día (48.9%), solo el 10.7% refiere hacerlo tres veces al día. A este respecto es de llamar la atención que algunas personas refirieron hacerlo dos veces a la semana con el 6.3% y “cuando puede” con el 4.3%. (Gráfica 3)



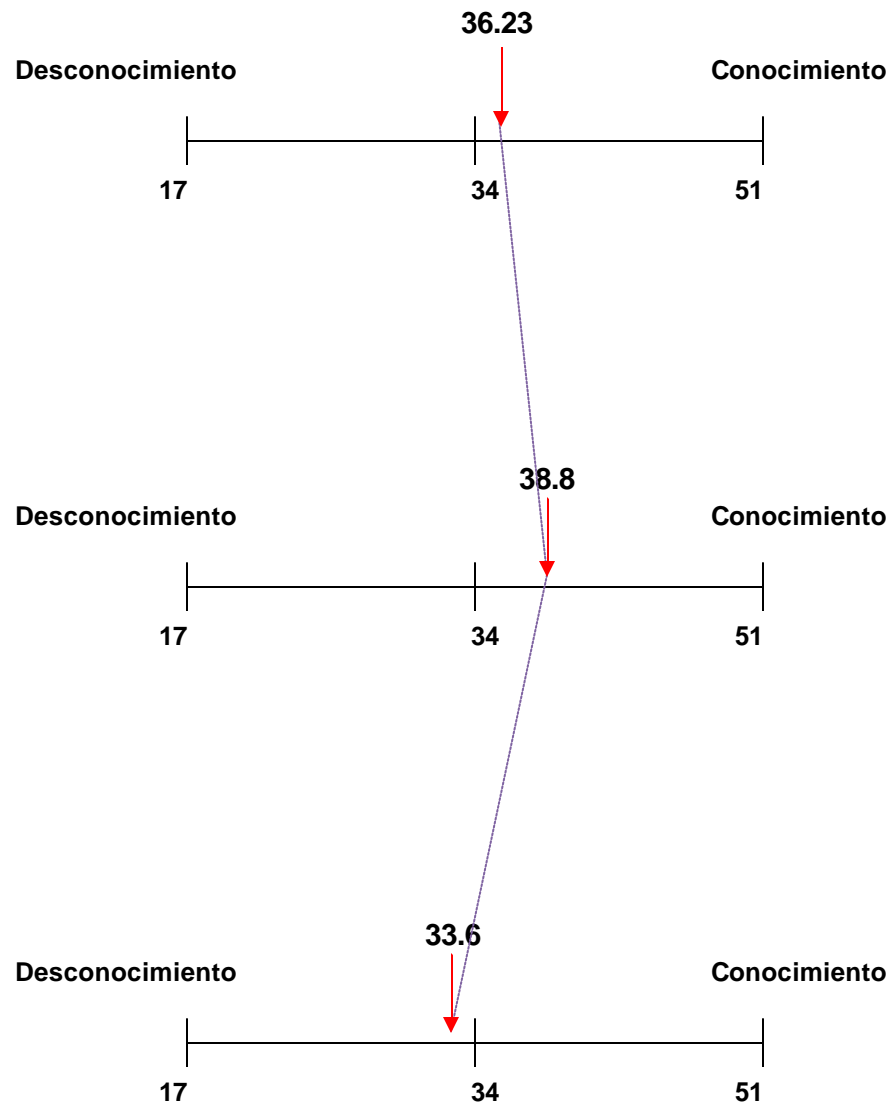
Fuente directa

Para determinar los conocimientos y la práctica se aplicó la escala de Likert y en el análisis se pudo determinar que el promedio de respuestas general fue de 36.23 puntos, esto demuestra desconocimiento sobre algunos aspectos como son: la causa de la formación del tártaro dentario, el origen de la halitosis, las causas de la pérdida dental, la influencia de los cambios hormonales para padecer enfermedad periodontal o la razón por la que se presenta la movilidad dentaria.

Ahora bien, al analizar por género femenino se observó que a pesar de presentar un promedio mayor de puntaje respecto al promedio general y al del género masculino, también evidencia desconocimiento.

Gráfica 9.

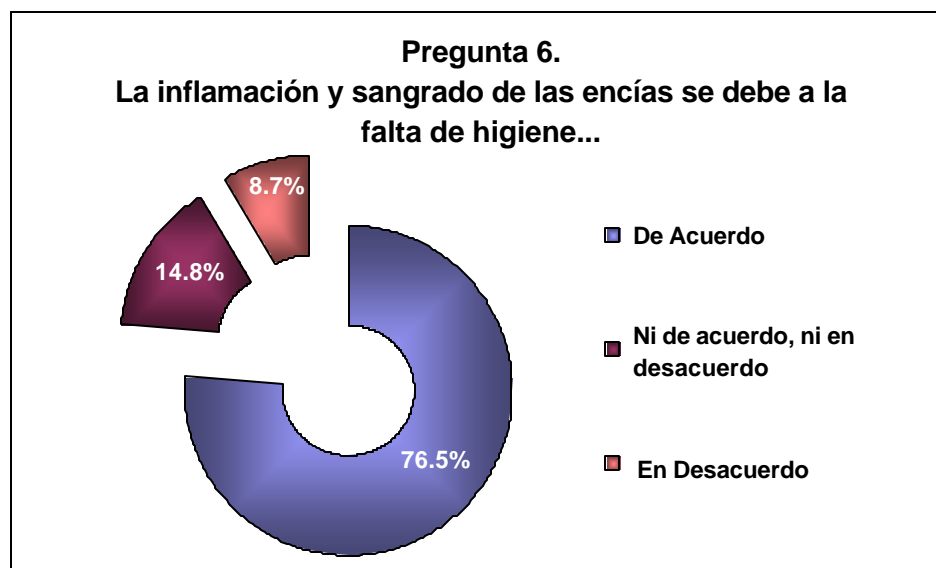
Grado De Conocimiento Sobre Diferentes Aspectos De La Salud Bucodental Utilizando La Escala De Likert.



FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

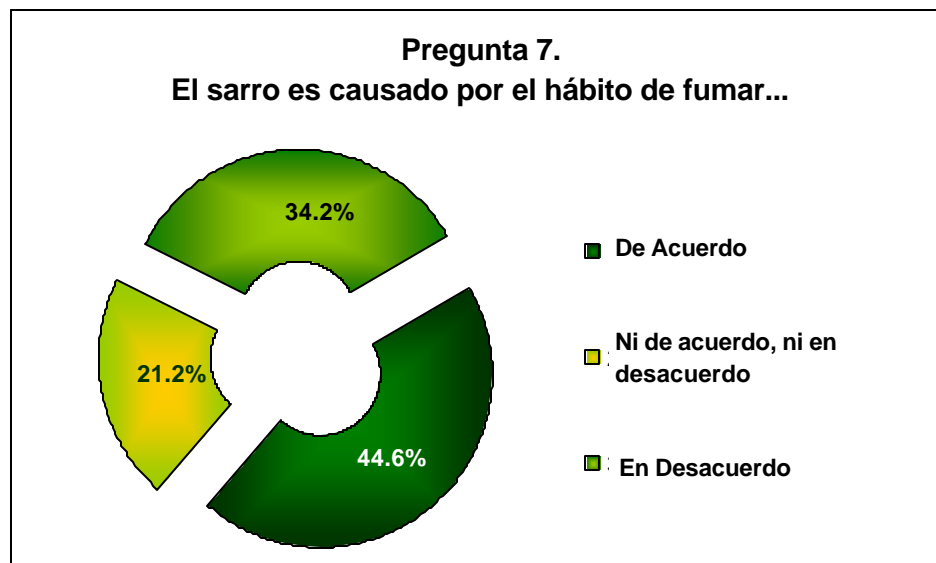
Se seleccionaron 4 ítems de la encuesta para reflejar, de forma directa el objeto de estudio y se observó que en la pregunta sobre inflamación y sangrado y su relación con la higiene bucal el 75.5% respondió que estaban de acuerdo, lo que pone en evidencia, que al menos tienen algún conocimiento sobre esta relación la mayoría de los encuestados.

Grafica 4.

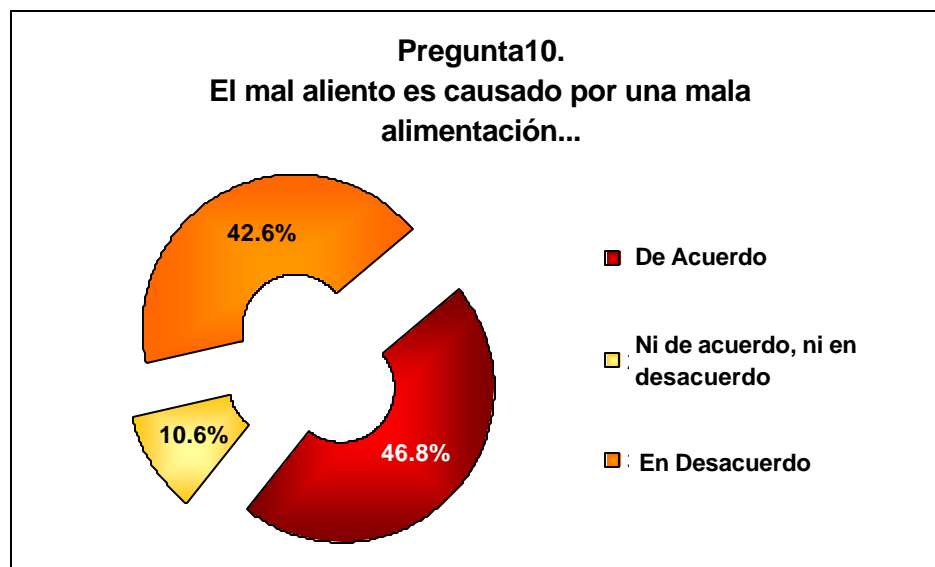


Fuente directa

Respecto a sí el sarro es causado por el hábito de fumar, el 44.6% contestaron que están de acuerdo, por lo cual, es evidente que más de la mitad de la población tienen un conocimiento equivocado a este respecto.

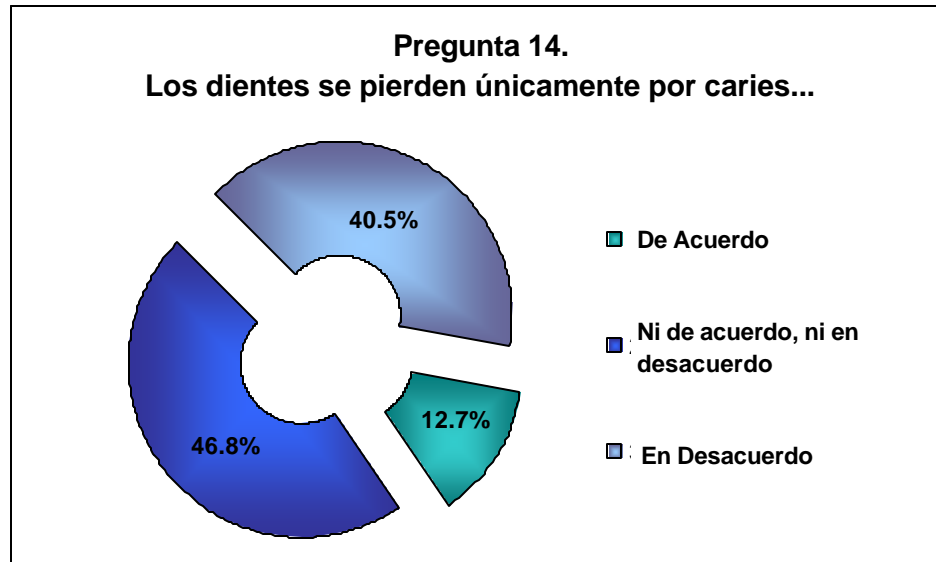


Fuente directa



Fuente directa

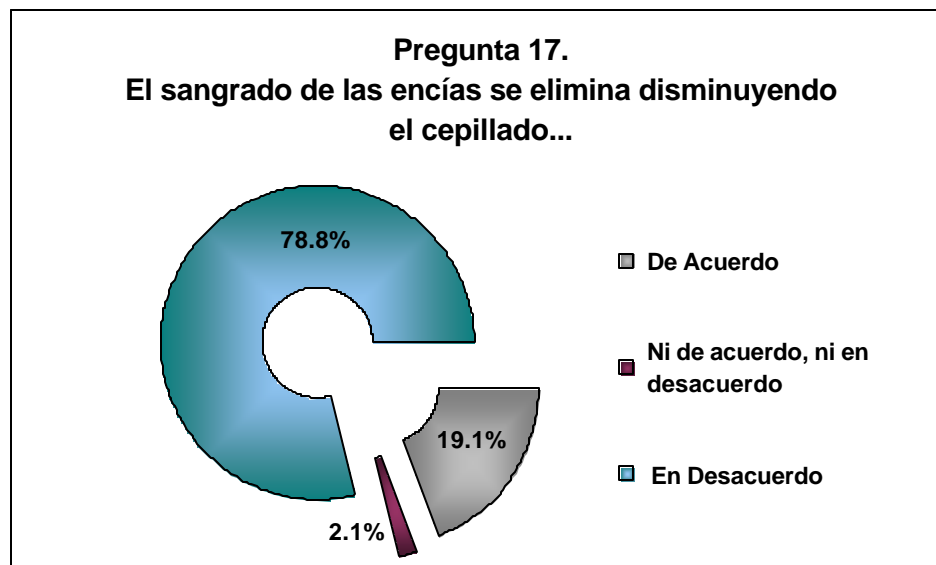
Es de resaltar los datos obtenidos a este ítem ya que resulta interesante el desconocimiento que manifiestan los pacientes acerca de la causa de la halitosis en donde el 57.4% opinan que la halitosis es causada por la mala alimentación



Fuente directa

La gráfica evidencia el concepto equivocado que se tiene de la causa de la pérdida dental que es del 12.7%, sin embargo un porcentaje significativo del 46.8% demuestra desconocimiento a la razón de la pérdida.

Gráfica 9. Distribución porcentual de respuestas sobre sí el cepillado elimina el sangrado gingival.



Fuente directa

Tabla 1.
Distribución porcentual de la
ocupación entre los 47
Encuestados. C. Admisión. FO.
2007

Ocupación	%
Ama de casa	43
Empleado	18
Comerciante	15
Obrero	6
Profesional	6
Técnico	4
Estudiante	2
Desempleado	6
Total	100

Fuente directa

Las amas de casa fueron las que constituyeron la mayor proporción de ésta muestra con el 43%, pero de ninguna manera es concluyente que ellas son las que más participan. Para conocer el nivel de conocimientos que se tiene por ocupación se requiere estratificar por ocupación y equiparar las muestras.

9. CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio determinaron que la edad promedio de los encuestados fue de 42.7 años, la mayoría de los encuestados pertenecieron al género femenino por eso es predecible que la ocupación más frecuente fue la de ama de casa, la razón por la que los pacientes solicitaron consulta fue debido al dolor por caries en 46.8 % y la revisión fue el motivo siguiente de 38.3 % estos resultados sin duda explican que el 51.1% están de acuerdo en visitar al dentista solo cuando hay molestias.

Es destacable que el 55.3 % de los pacientes encuestados en relación al ítem el “sarro es causado por el hábito de fumar” muestran evidente desconocimiento.

El 57.4% de los encuestados consideran que es la alimentación la causante del mal aliento, sin duda mas de la mitad de la muestra un evidente desconocimiento.

El 59.5 % no tienen idea de la causa de la movilidad dental y la consecuente pérdida de las piezas al contestar que es el dentista es quien afloja los dientes al aplicar mucha fuerza en la limpieza.

El 78.8 % de la muestra no saben que durante los cambios hormonales en distintas etapas de las personas se presenta la gingivitis.

Por lo tanto es evidente la necesidad de implementar programas de prevención de las enfermedades periodontales, empezando por la facultad de odontología de la unam que se ha caracterizado por dar atención de calidad y actualmente utiliza las técnicas más avanzadas en intervenciones quirúrgicas, así como medicamentos y materiales de la más alta calidad, ya

que es mucho mas fácil abarcar con prevención un mayor número de personas, evitando así gastos innecesarios y dolorosas intervenciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Aldereguía H J. Problemas de Higiene Social y Organización de la Salud Pública. Ed. Científico 2005.
2. Araujo R y Borroto R. La determinación del proceso salud – enfermedad en el pensamiento médico social. Vertientes, tendencias fundamentales y perspectivas de desarrollo. En Lecturas de Filosofía - Salud y Sociedad. Edit. Ciencias médicas 2000. P. 131.
3. El Método Clínico: muerte y resurrección. Rev. Cubana DEC. Mes. Su. 2000,14(29).
4. Pérez C M. Los Paradigmas Médicos. Factores de su conservación y cambio. En Lecturas de Filosofía Salud y Sociedad. Encimad. 2000. 261-273.
5. López, C. "La jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow". Disponible www.monografias.com
6. Aguirre, M. "Subiendo por la pirámide. La teoría de la motivación más aceptada y aplicada en la política". Disponible en www.geocities.com.
7. Trinidad, L. "Taller sobre motivación". Disponible www.sju.albizu.edu.
8. Suárez, C. "Teorías de la motivación". Disponible en www.monografias.com.
9. Armitage, G.C. Periodontal diagnosis and classification of periodontal diseases. Periodontol 2004; 34: 9-21.
10. Jordan, R.C. Diagnosis of periodontal manifestations of systemic diseases. Periodonto 2004; 34: 217-229.
11. Lindhe J (2000)CAPITULO #1 Periodontología Clínica e implantodontología Odontológica 3ra Ed Madrid pág. 21-52
12. Lindhe J (2000) CAPITULO #2 Periodontología Clínica e implantología Odontológica 3ra Ed Madrid pág 70-72, 83-85
13. Lindhe J (2000)CAPITULO #3 Periodontología Clínica e implantología Odontológica 3ra Ed Madrid pág. 107- 109

14. Carranza, F.; Newman, M. 1997: Periodontología Clínica. 8va. Edición. Ediciones Mc Graw- Hill Interamericana. México.
15. Rioboó R (2001). Higiene y prevención en odontología: individual y comunitaria. Madrid: Avances Médico Dentales.
16. Manual de odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson.
17. Josef Goultschin (2000) Association of smoking with periodontal Treatment Needs J Periodontol ;61 P:364-367
18. Liebana, J. 2002: Microbiología Oral. 2da. Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana. España. P: 465-492.
19. Genco, R.; Golman, H.; Cohen, D. 1990: Periodoncia. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. México.
20. Marlin E. Gher 2000 Root morphology clinical significance in patogénesis and treatment of periodontal disease JADA . Vol 101 October P: 627-633-
21. Armitage, G. 1999: Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann. Periodontol. 4 (1):1-6.
22. Monbelli, A; Schmid, B; Rutar, A; Lang, N. 2000: Persistence Patterns of Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia/nigrescens and Actinobacillus actinomycetemcomitans After Mechanical Therapy of Periodontal Disease. J. Periodontol. 7(1): 14-21.
23. Cambra, J.J. "Atlas de Periodoncia". Cap. 12. 3ª Ed. 2000.
24. Encina, C. Olivares, I. "Prevalencia de halitosis en pacientes que consultan en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, durante el período Mayo- Agosto de 2002". Tesis de Pregrado. 2002.
25. Morita M y Wang H-L. Association between oral malodor and adult periodontitis: a review. J Clínica Periodontol 2001; 28: 813-819.
26. Tonzetich J. Production and origin of oral malodor: A review of mechanisms and methods of analysis. J Periodontol 2004; 48: 13-20.

27. Figueredo L, Rosetti E, Marcantonio E, Marcantonio R y Salvador L. The relationships of oral malodor in patients with or without periodontal disease, *J Periodontol* 2002, 73: 1338-1342.
28. Lee C-H, Kho H-S, Chung S-C, Lee S-W y Kim Y-K. The relationship between volatile sulfur compounds and major halitosis-inducing factors. *J Periodontol* 2003; 74: 32-37.
29. Goldberg S, Cardash H, Browning H, Sahly H y Rosenberg M. Isolation of Enterobacteriaceae from the mouth and potential association with malodor. *J Dent Res* 2000; 76(11): 1770-1775.
30. McDowell J y Kassebaum D. Diagnosing and treating halitosis. *J Am Dent Assoc* 2003; 124: 55-64.
31. Massler M, Emslie R y Bolden T. Fetor ex ore. A Review. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 2005; 110-125.
32. Rateitschk, K, E, y Wolf, H 1988, *Atlas de Periodoncia* Editorial Salvat Barcelona España. P 38, 47, 53, 72, 85, 86.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
COORDINACIÓN DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA
Y SALUD PÚBLICA

Asunto: Solicitud de apoyo
Oficio: 11/10/07

Mtra. Elizabeth Powell Castañeda
Coordinadora de la Clínica de Admisión. FO.
Presente


Por este conducto me dirijo a ud. para solicitar su valioso apoyo a fin de que la alumna Saira Villalobos Yáñez con No. de cta 9204422-9 realice el levantamiento de información sobre conocimientos de aspectos preventivos para la enfermedad periodontal en adultos.

La citada alumna aplicará personalmente las encuestas, asimismo le informo que el formato ya se sometió a revisión el día de hoy.

Agradezco su atención y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 15 de octubre de 2007.


Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Coordinación



Recibido Original!
15 / oct / 07



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

No



CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

EDAD

GÉNERO M F

OCUPACION

- | | | | |
|------------------|------------|-------------|----------------|
| 1) AMA DE CASA | 2) OBRERO | 3) EMPLEADO | 4) COMERCIANTE |
| 5) PROFESIONISTA | 6) TÉCNICO | 7) JUBILADO | 8) DESEMPLEADO |

INFORMACION EPIDEMIOLÓGICA

1.-MOTIVO DE LA CONSULTA

- | | | | |
|---------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1) REVISIÓN | 2) DOLOR POR CARIES | 3) SANGRADO DE ENCIAS | <input type="checkbox"/> |
| 4) MOVILIDAD DENTAL | 5) MAL ALIENTO | | |

2.-FRECUENCIA DEL CEPILLADO DENTAL

- | | | | |
|-------------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|
| 1) UNA VEZ AL DÍA | 2) DOS VECES AL DÍA | 3) TRES VECES AL DÍA | <input type="checkbox"/> |
| 4) DOS VECES POR SEMANA | 5) CUANDO PUEDO | 6) NO ME CEPILLO | |

3.-ES IMPORTANTE USAR AUXILIARES EN EL ASEO BUCAL COMO ENJUAGUES, HILO DENTAL Y CEPILLO INTERDENTAL

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

4.-EL SANGRADO AL CEPILLADO DENTAL INDICA ENFERMEDAD EN LAS ENCIAS

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

5.-DEBO VISITAR AL DENTISTA SÓLO CUANDO TENGO MOLESTIAS

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

6.- LA INFLAMACIÓN Y SANGRADO DE LAS ENCIAS SE DEBE A LA FALTA DE HIGIENE

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

7.-EL SARRO ES CAUSADO POR EL HÁBITO DE FUMAR

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

8.-SÓLO A LOS ADULTOS SE LES INFLAMAN LAS ENCIAS

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

9.- LA MOVILIDAD DENTAL ES UN AVISO DE QUE EXISTE UNA ENFERMEDAD EN LAS ENCIAS

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

10.-MAL ALIENTO ES CAUSADO POR UNA MALA ALIMENTACIÓN

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

11.-LA PÉRDIDA DENTAL ES PROVOCADA PORQUE EL DENTISTA AFLOJA LOS DIENTES AL USAR MUCHA FUERZA EN LA LIMPIEZA

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

12.-EL SARRO QUE SE FORMA EN LOS DIENTES PUEDE PROVOCAR ENFERMEDAD DE LAS ENCIAS

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

13.-LOS CAMBIOS HORMONALES CARACTERÍSTICOS DE MUJERES EMBARAZADAS Y ADOLESCENTES ES LA CAUSA DE LA INFLAMACIÓN Y SANGRADO DE LAS ENCIAS

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

14.- LOS DIENTES SE PIERDEN ÚNICAMENTE POR CARIES

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

15.- LA INFLAMACIÓN DE LAS ENCIAS ES UNA ENFERMEDAD QUE REQUIERE ATENCIÓN DEL DENTISTA

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

16.- LA FALTA DE HIGIENE BUCAL FAVORECE QUE LAS ENCIAS SE ENFERMEN

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

17.-EL SANGRADO DE LAS ENCIAS SE ELIMINA DISMUNUYENDO EL CEPILLADO

- | | | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|
| 1) DE ACUERDO | 2) NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | 3) EN DESACUERDO | <input type="checkbox"/> |
|---------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------|

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN