



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO**

T E S I S

**ÍNDICE DE PLACA DENTOBACTERIANA, CPO Y ENFERMEDAD PERIODONTAL
DE 3 A 23 MESES DESPÚES DEL TRATAMIENTO**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
*ENDOPERIODONTOLOGÍA***

P R E S E N T A:

PABLO SANDOVAL AYALA

TUTOR: DR. SALVADOR ARRONIZ PADILLA

Tlalnepantla Estado de México

MARZO DEL 2009





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Gracias a la Dra. Eleonora Herrera Martínez quiero agradecer todo el apoyo comprensión y cariño que me has brindado en todo este tiempo y que las palabras no serian suficientes para poder mostrarte el amor y respeto que siento, ya que el camino recorrido hasta este momento se ha visto lleno de éxito y estoy seguro que seguiremos teniendo más éxitos a lo largo de nuestras vidas, solo me queda darte las gracias por toda la ayuda que me has brindado.

A mis padres y familiares, que de alguna u otra manera han servido para mi formación y superación de mi persona.

Gracias con un gran respeto y admiración muy especial al Dr. Salvador Arroniz Padilla por sus valiosos consejos, asesoría y comprensión para realizar este trabajo.

Gracias a todos mis profesores que con sus conocimientos me ayudaron a poder mejorar como profesionista y persona.

Gracias a mis pacientes que de alguna u otra manera me ayudaron a adquirir los conocimientos que me permitieron seguir formándome como profesionista

Gracias a mi honorable jurado por su valiosa presencia y comprensión.

Gracias a la especialización de endoperiodontología la cual nació el 26 de agosto de 1982 y a formado profesionistas con un alto nivel académico, de los cuales me siento orgulloso de pertenecer a la Generación 25.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México en especial a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala que me dio la oportunidad de entrar en sus aulas para superarme y seguir siendo parte de la comunidad universitaria, la cual para mí es un privilegio y un honor

(El esfuerzo siempre tiene su recompensa)

El esfuerzo siempre tiene su recompensa, el es cosa de valientes, de aquellos que no tienen miedo al fracaso, sino que lo ven como una oportunidad para levantarse y aprender de la experiencia para continuar adelante hasta lograr lo soñado. Esta es su recompensa.

El esfuerzo nos permite entender que siempre se puede dar un paso más, que no somos de los que se quedan en el camino, de los que vence el cansancio, que al final del arco iris siempre hay un tesoro que encontrar y que allí nos está esperando. Esta es su recompensa.

El esfuerzo no nos deja ver puertas cerradas, nos permite ver puertas por abrir. Que por cada puerta que se cierra otras tantas se abrirán para encontrar lo que buscamos. Esta es su recompensa.

El esfuerzo nos enseña a ver los problemas como: asuntos por resolver. Asuntos que al ser solucionados, nos permitirán avanzar al logro de nuestro objetivo. Esta es su recompensa.

El esfuerzo nos hace sordos a las voces del fracaso y ciegos a las nubes negras que auguran una tempestad. Solo nos permite escuchar que si lo lograremos, que solo falta un poco más, y nos permite visualizar no el monte por escalar sino, la satisfacción y alegría de estar en la cima. Esta es su recompensa.

El esfuerzo nos dice que siempre podremos lograr nuestros sueños, pero para lograrlos, tenemos que aprender a tener nuestros ojos bien abiertos. Esta es su recompensa.

El esfuerzo siempre será aquella acción indetenible, que alcanzara resultados y coronara nuestra vida con el éxito. Aquella acción que no cree en el desánimo sino, en el volver a empezar. Esta es su recompensa.

El esfuerzo no es simplemente una opción, es una decisión que deben tomar todos aquellos que desean otorgarse el triunfo, que por muy pequeño que sea para otros, siempre será su triunfo. Esta es su recompensa.

INDICE

	pp.
Resumen	5
Introducción.....	6
Metodología.....	12
Resultados.....	15
Discusión.....	31
Conclusiones.....	32
Bibliografía.....	33
Anexos.....	35

Resumen

El presente trabajo de investigación se realizó por medio de la observación clínica, evaluando el estado periodontal durante seis meses después de terminado el tratamiento a cuarenta pacientes que fueron atendidos en la clínica de Endoperiodontología de la FES Iztacala, realizándose la medición de la profundidad al sondeo, el CPO, y el índice de placa dentobacteriana de O'Leary, como medio de tinción se utilizó fucsina básica al 4%, los resultados fueron registrados en el periodontograma.

Los pacientes incluidos en el estudio firmaron una carta de consentimiento informado y se les realizó un cuestionario de diez preguntas, el objetivo era el de evaluar sus conocimientos sobre el cepillado y el cuidado periodontal aprendido en la clínica de Endoperiodontología de la FES Iztacala. Se revisó la historia clínica y se examinó a cada paciente, registrando los nuevos datos en el periodontograma. La muestra se constituyó por pacientes que tenía de 3 a 23 meses de concluido su tratamiento.

En el presente estudio se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el índice de placa inicial y final.

Se observó una disminución en la profundidad al sondeo, en los pacientes de 3 a 14 y 19 a 22 meses de terminado el tratamiento, en los grupos 15 a 18 y 23 o más meses no hubo diferencias significativas, esto debido a que la profundidad de sondeo se mantuvo igual al inicio y al final del tratamiento en un rango de profundidad menor.

Palabras claves: Estado Periodontal, Seguimiento, Índice de placa dentobacteriana

Introducción

En 1965 se comprobó la relación de causa a efecto entre la acumulación de placa microbiana en los dientes y el desarrollo de gingivitis (Löe y col, 1965). Diez años más tarde se demostró en animales de laboratorio (Lindhe y col, 1975) una relación entre la acumulación de placa y el desarrollo de la enfermedad periodontal, caracterizada por la pérdida de la inserción de tejido conectivo y la reabsorción del hueso alveolar. Por lo tanto, sería razonable predecir que la eliminación de la inflamación gingival y el mantenimiento de la salud de las encías dan como resultado la prevención de la iniciación y de la recaída de la enfermedad periodontal. (1)

En el año de 1746 Pierre Fauchard afirmó que “el escaso o ningún cuidado en la limpieza de los dientes es ordinariamente la causa de todas las enfermedades que los destruyen” (1)

En la mayoría de las personas, a los 10-20 días de acumulo de placa se establece los signos clínicos de gingivitis aunque esto varía mucho entre individuos. Al presentarse proceso inflamatorio se producen la alteración en la red vascular con la apertura de lechos capilares. El líquido crevicular de tipo exudado y las proteínas edematizan a los tejidos y se producen un flujo de células inflamatorias hacia los tejidos conectivos subyacentes al epitelio de unión. El infiltrado celular inflamatorio está compuesto principalmente de linfocitos, macrófagos y neutrófilos. Además que aumenta el infiltrado celular se modifican la composición estructural y celular de los tejidos. (1,2)

En 1976, Page y Schroeder clasificaron la progresión de la inflamación gingival y periodontal basándose en evidencias clínicas e histológicas, y la dividieron en cuatro fases que son: **inicial, temprana, establecida y avanzada.**

Lesión inicial: Se producen una vez que la placa se deposita sobre el diente. A las 24 horas se ven cambios notorios en el plexo micro vascular que está debajo del epitelio de unión a medida que llega más sangre a la zona, hay dilatación de las arteriolas capilares y vénulas.

Lesión temprana se producen a la semana de acumulación de placa, histológicamente los vasos por debajo del epitelio de unión permanecen dilatados pero su cantidad aumenta debido a la apertura de los lechos capilares previamente inactivos. Los linfocitos y polimorfonucleares constituyen el infiltrado leucocitario predominante en esta fase además la escasa presencia de células plasmáticas en el área lesionada.

Lesión establecida: Hay un aumento del estado inflamatorio a medida que continúa la exposición de placa. Clínicamente esta lesión exhibe mayor edema que la gingivitis temprana y puede considerarse una gingivitis establecida. Se observa un predominio de células plasmáticas principalmente en la porción coronaria del tejido conectivo y en torno a los vasos. La bolsa recién formada presenta un infiltrado leucocitario denso con predominio de polimorfonucleares que migran a través del epitelio hacia la bolsa gingival.

Lesión avanzada se profundiza una bolsa debido a la migración apical del epitelio en respuesta a la irritación provocada por la placa. El infiltrado celular inflamatorio se extiende lateralmente y más apicalmente hacia el tejido conectivo. La lesión avanzada tiene todas las características de la lesión establecida pero difiere de modo importante en cuanto a la existencia de pérdida de hueso alveolar, con daño extenso a fibras del epitelio de unión. (1)

La encía normal se caracteriza por su color rosa y consistencia firme, con un margen gingival festoneado. Las papilas interdentales son firmes y no sangran al sondeo suave y ocupa el espacio por debajo del área de contacto de los dientes. La encía exhibe a menudo un aspecto punteado con el borde en filo de cuchillo entre el diente y el tejido blando. La encía clínicamente sana, se caracteriza por un infiltrado de células inflamatorias con predominio de neutrófilos asociados con el epitelio de unión y con linfocitos en el tejido conectivo subyacente, pero se enfrenta con microorganismos que avanzan a un estado de enfermedad, pero afortunadamente se presentan varios mecanismos de defensa del huésped que ayudan a que la enfermedad no se presente como son: (2)

1. Descamación continua de las células epiteliales de la cavidad bucal.
2. Integridad de la barrera epitelial
3. Flujo positivo de líquido crevicular que impide a los microorganismos se adhieran al epitelio interno del surco gingival, y sirve de arrastre para los mismos.
4. Efecto antimicrobiano de los anticuerpos.
5. Función fagocítica de los neutrófilos y macrófagos. (1,2)

La interacción huésped-microorganismo, que constituye la situación de salud clínica, debe cambiar claramente para que se produzca gingivitis o periodontitis. Se producirá gingivitis si existe suficiente acumulo de placa, para que los productos bacterianos inicien una respuesta inflamatoria importante. El incremento evidente de los diferentes campos de la investigación odontológica muestra que los restos alimenticios bucales juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad periodontal. Datos epidemiológicos demuestran que hay una correlación entre la destrucción periodontal y los restos alimenticios orales (Loudal y Schei en 1959). Investigaciones bioquímicas y microbiológicas (Schultz- Haudt en 1960) sugieren que la enfermedad periodontal es el resultado de una interacción entre la actividad bacteriana y los tejidos del huésped. (3)

En publicaciones previas (Löe at al. 1992), se documentó que el desarrollo de la recesión gingival y la exposición de la superficie radicular podría no ser explicada por el cepillado u otras prácticas mecánicas de higiene oral, y que la recesión de la encía está asociada con buena y mala higiene oral, presencia o ausencia de cálculo y restauraciones, también como la prevalencia de gingivitis o periodontitis. Tales equivocaciones sugieren que las causas y mecanismos de desarrollo de recesión gingival es más complejo que como generalmente se cree. (4)

El conocimiento de la transición de salud a enfermedad, y la progresión de la enfermedad a través de varios estadios de severidad son importantes dentro del desarrollo de efectivas estrategias de preservación y tratamiento. Durante los últimos 50 años, los conceptos clínicos prevalentes de la patogénesis de la lesión temprana dentro de la periodontitis crónica incluyen: La formación y maduración de la placa supra-gingival y el desarrollo de gingivitis. La extensión de la placa bacteriana, el proceso inflamatorio crónico dentro del área sub-gingival, destrucción inicial del tejido conectivo de inserción del diente y del epitelio de unión, la migración hacia apical del epitelio de unión, formación de bolsas y pérdida de hueso alveolar. (4)

La Periodontitis se puede definir como la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, causada por microorganismos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal, cemento radicular y el hueso alveolar, con formación de bolsas, recesiones o ambas. (1,2)

El estudio epidemiológico clínico oral nacional en los países desarrollados estima que, el 90% de la población en general tiene algún tipo de enfermedad periodontal (Morris et al 2001, Borrel et al 2002). Se reporta que entre el 10% y 20% de la población de los demás países tienen severos problemas de enfermedad periodontal (Downer 1998). Recientemente, la importancia del cuidado periodontal tiende también a enfocarse sobre la asociación entre salud periodontal y salud general, ya que diferentes enfermedades se pueden ver reflejadas, tales como: enfermedades vasculares, respiratorias y diabetes (Hujoel et al. 2000, Scannapieco y Ho.2001.Soskolne y Klinger 2001). (4,5,6)

El impacto de la enfermedad periodontal sobre un individuo es usualmente caracterizado por parámetros clínicos tales como profundidad al sondeo y nivel de inserción. De cualquier modo, la enfermedad periodontal a través de inflamación y destrucción del periodonto produce un largo margen de signos y síntomas clínicos, alguno de los cuales pueden tener un considerable impacto hoy en día en la calidad de vida (Locker 1988). (6)

Varios índices clínicos puede darnos la presencia de enfermedad periodontal dentro de las cuales podemos mencionar: inflamación de encías, recesión de encías, pérdida de dientes, apiñamiento dental, mal aliento y dolor de dientes. (2,11)

Es por esto que la característica clínica que distingue la periodontitis de la gingivitis es la pérdida ósea detectable. La enfermedad periodontal aumenta con la edad y la higiene bucal inadecuada. Se sugiere que la periodontitis progresa en episodios de exacerbación y remisión, los ensayos clínicos a largo plazo se destacaron la importancia de la eliminación de la biopelícula subgingival para lograr un tratamiento periodontal exitoso en los humanos. (7,12)

Por lo tanto, el impacto de la salud bucal en la calidad de vida del paciente que presenta enfermedad periodontal tiene muchas experiencias negativas en los ámbitos, físicos, psicológicos y social, afectando su calidad de vida. (6)

Por esto debe realizarse una correcta concientización sobre las consecuencias graves que puede traer la enfermedad periodontal, si esta no es controlada, así como también enseñar al paciente un correcto cuidado y monitoreo en la técnica de cepillado y control de placa, esto para ayudar a prevenir la enfermedad periodontal y pérdida de dientes; teniendo como resultado el prevenir la aparición de la enfermedad periodontal y evitar la pérdida de piezas dentales, evitando así problemas indeseables en un futuro. (6,14)

El mantenimiento periodontal es el punto de partida de tratamiento periodontal, incluyendo el monitoreo clínico del estado periodontal revisión radiográfica, evaluación del control de placa y los procesos de revisión de la higiene oral. El mantenimiento periodontal incluye la prevención y la minimización de recurrencia de la enfermedad, la prevención y reducción de la pérdida de los dientes. (7,15)

El mantenimiento regular, después del tratamiento periodontal, está asociado con un nivel bajo de pérdida de dientes. Esto confirma el resultado de diferentes estudios similares que reportaron bajos índices de pérdida de dientes en pacientes que fueron tratados por enfermedad periodontal y que presentaron un buen mantenimiento, así como también una buena disciplina en cuanto al estricto mantenimiento periodontal y control de placa. (8,13)

Pacientes que atienden los requerimientos de mantenimiento periodontal, después de terminación de la terapia no quirúrgica, demostraron pocos signos de enfermedad periodontal y menos recurrencia a la enfermedad (Lindhe y Nyman 1984.) y los pacientes que obedecieron irregularmente los programas de mantenimiento, tienden a incrementar el riesgo de pérdida de dientes y regreso de la enfermedad periodontal, comparados con los pacientes que mantuvieron un estricto programa de mantenimiento. La importancia de comprometerse por largo tiempo al mantenimiento periodontal, podría ser claramente explicada al paciente antes de comenzar la terapia no quirúrgica, para que ellos adquieran la responsabilidad a largo tiempo del cuidado periodontal y las consecuencias que podrían presentarse si no se realiza un buen mantenimiento. (9,10,12)

La frecuencia de mantenimiento designada, podría ser basada en las necesidades clínicas individuales de cada paciente y típicamente llamar en intervalos de tres meses, esto sería lo más apropiado. (Cohen 2003). (9)

La finalidad de este estudio fue evaluar la calidad de atención recibida, cuantificando el porcentaje de pacientes con recurrencia de la enfermedad periodontal, y observar si los pacientes mantienen la conducta de higiene aprendida durante su estancia en la clínica.

La hipótesis planteada en el estudio es: Los pacientes tratados en la clínica de Endoperiodontología, de 3 a 23 meses de haber terminado su tratamiento no presentarán reincidencia de la enfermedad y mantendrán una buena salud periodontal, así como un correcto control y bajo índice de placa.

Metodología.

El presente estudio de investigación, se realizó por medio de la observación clínica, evaluando el estado periodontal de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de Endoperiodontología de la FES Iztacala. Los pacientes se revisaron cada dos meses hasta cumplir con un total de seis meses, el índice de placa utilizado para verificar a los pacientes fue el de O'Leary (1972), se realizó cada dos meses el sondeo de piezas dentarias para conocer la profundidad al sondeo en todos los dientes, realizándose ordenadamente por sextantes y registrando los datos en el periodontograma.

Todos los pacientes aceptados en el estudio firmaron una carta de consentimiento informado, y se les elaboró un cuestionario para evaluar la atención recibida, sus conocimientos sobre el cepillado y cuidado periodontal aprendido en la clínica. Se revisó las historias clínicas, y después se examinó a cada paciente para registrar los nuevos datos en el periodontograma.

La muestra se constituyó por 40 pacientes que tenían de 3 a 23 meses de concluido su tratamiento. Los pacientes incluidos en el estudio fueron todos los que habían terminado su tratamiento en la clínica, sin importar sexo, edad, y si presentaban alguna enfermedad sistémica está tendría que estar controlada, y los pacientes que fueron excluidos del tratamiento fueron aquellos que faltaron a alguna de las citas o no firmaron la hoja de consentimiento informado. Cabe señalar que los pacientes estudiados fueron localizados en sus domicilios por teléfono para invitarlos a participar en una revisión y verificar su estado periodontal y control de placa.

El material utilizado fueron las historias clínicas de los pacientes, vaso dosificador, espejo explorador, pinzas de curación y sonda periodontal (1x4) por paciente, fucsina básica mezclada con alcohol etílico al 4%, guantes desechables por paciente, cubrebocas, hoja de periodontograma, hoja de índice de placa, plumón azul, negro y rojo.

Los datos recabados de los diferentes pacientes fueron los siguientes: índice de placa bacteriana, cantidad de dientes cariados, obturados y perdidos (C.P.O), profundidad al sondeo por sextantes y total de dientes presentes en boca.

El estudio comenzó registrando el C.P.O, revisando desde el segundo molar superior derecho hasta el segundo molar superior izquierdo, prosiguiendo el examen con el segundo molar inferior izquierdo y finalizando con el segundo molar inferior derecho, revisando todas las superficies dentarias y colocándose en el periodontograma la cantidad de dientes perdidos, cariados y obturados presentes en boca.

Una vez recabados los datos del CPO a cada paciente se le realizó el sondeo de todos los dientes por sextantes, empezando en la cara distal del diente más posterior superior de lado derecho, sondeando la porción distal, media y mesial de la cara vestibular de cada diente para continuar en la porción palatina, de la misma manera se realizó en la zona vestibular, y así se continuó realizando el sondeo hasta llegar al lado superior izquierdo, para posteriormente continuar el sondeo con la misma técnica del lado inferior izquierdo, terminando el sondeo en los dientes del lado inferior derecho, todos los datos obtenidos fueron capturados en el periodontograma.

La sonda se introdujo mediante una presión firme y suave hasta el fondo del surco, alineando el vástago de la sonda paralelo al eje longitudinal del diente por sondear, la sonda utilizada fue la World Health Organization (WHO) con punta esférica de .5 mm y marcas milimétricas en 3.5, 8.5 y 11.5 con código cromático desde 3.5 hasta 5.5mm.

Al terminar el sondeo se procedió a realizar el control de placa bacteriana, como medio de tinción se utilizó fucsina básica al 4 % que se colocó en un vaso desechable para que el paciente realizara colutorios con la solución reveladora por un minuto, al término de este se le pidió al paciente que escupiera la solución, y sin enjuagarse se procede a examinar todas las superficies teñidas de placa dentobacteriana adherida a las superficies dentarias utilizando un espejo dental plano del número 5.

La revisión se realizó por sextantes, empezando por el primer sextante y terminando en el sexto sextante, se revisaron las superficies vestibulares, palatinas, linguales, mesiales, distales y oclusales, al término de la revisión de cada sextante se colocaba la información obtenida en la hoja del índice de placa.

Se realizó la obtención del, índice de placa bacteriana de O'Leary de la siguiente manera: Se multiplica por cien el número de superficies teñidas y se divide entre el número de superficies dentarias presentes en boca.

Posteriormente para reforzar las medidas de higiene bucal se le enseñó al paciente con un espejo de mano donde se había teñido placa bacteriana, y en donde debería poner más énfasis en su cepillado, se le indicó la forma de cómo debía de eliminarla a través de la acción mecánica del cepillo dental, para la eliminación de los depósitos bacterianos, indicando que esto sólo era un recordatorio y que se tendría que reforzar en casa después de cada comida.

Al terminar el cepillado se citó al paciente dos meses después para repetir el estudio, indicándole que debería cepillar sus dientes de la misma forma en su casa después de cada comida.

Resultados

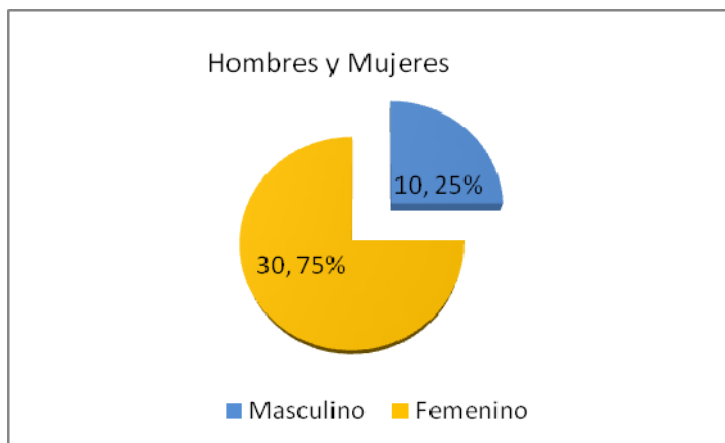
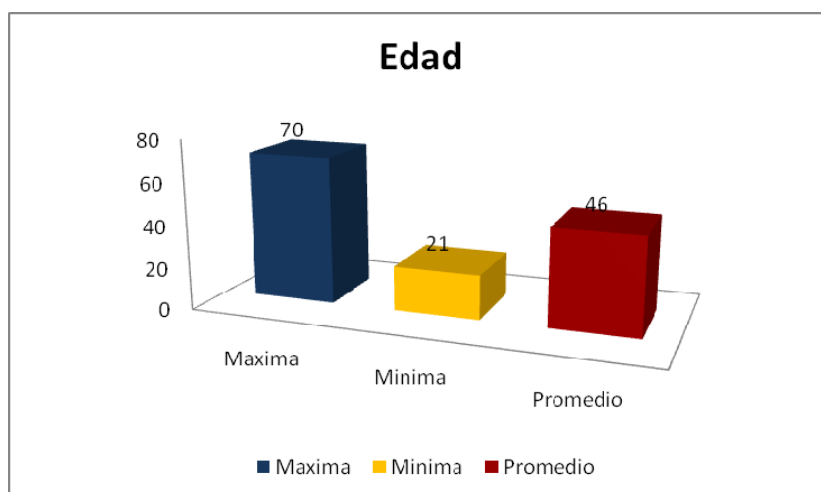


Gráfico1. Cantidad de hombres y mujeres presentes en el estudio.



Gráfica 2. Edades mínimas, máximas y promedio.

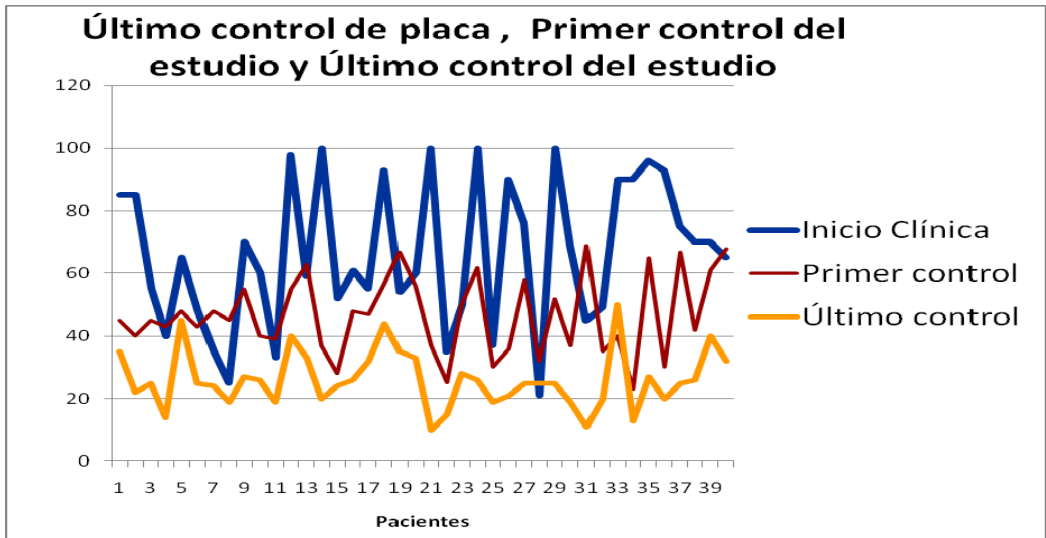
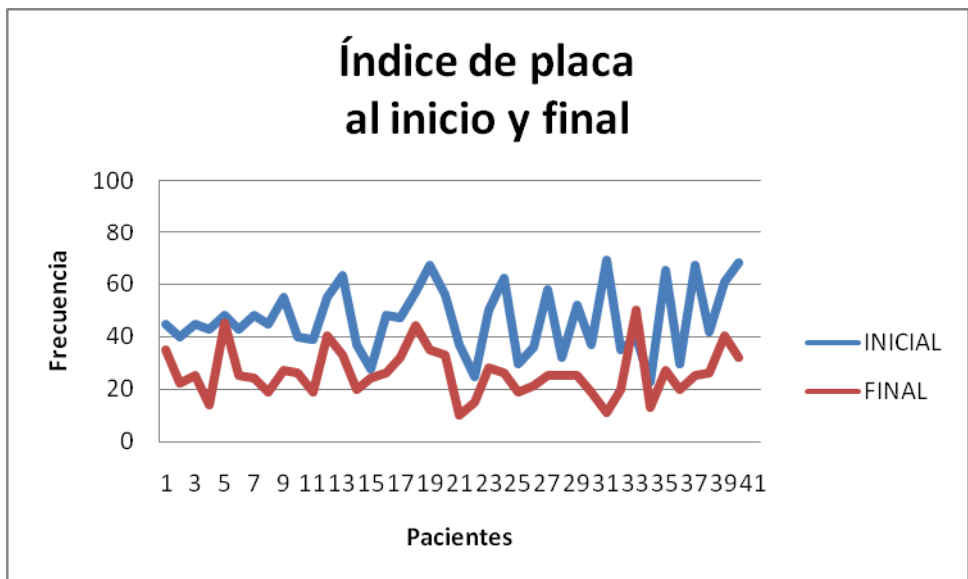
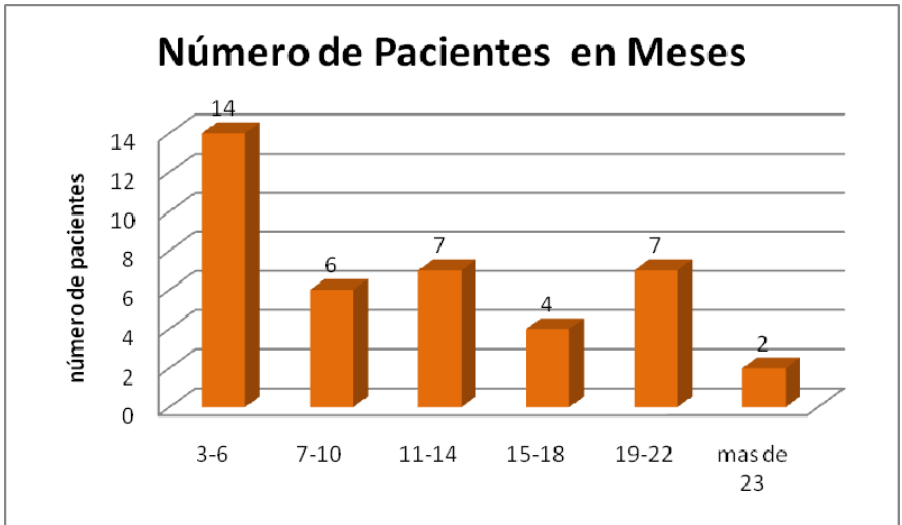


Gráfico 3. Último control tomado en la clínica, al inicio del estudio y al final del estudio.



Gráfica 4. Índice de placa al inicio y al final del estudio.



Gráfica 5. Número en meses de terminado el tratamiento



Gráfica 6. Dientes cariados, perdidos y obturados en el inicio y al final de los seis meses de terminado el estudio.



Gráfica 7. Dientes Cariados al inicio de la Historia Clínica y Final del Estudio

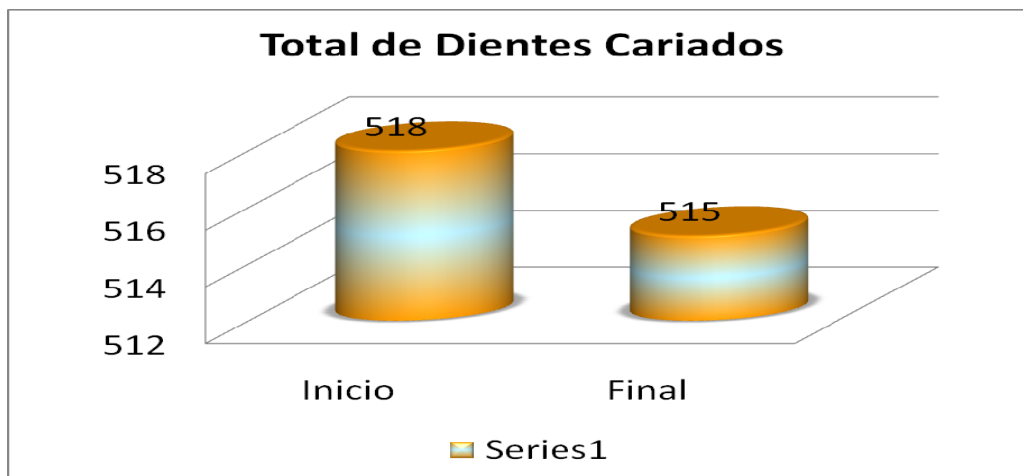


Gráfico 8. Dientes cariados al inicio y final del estudio

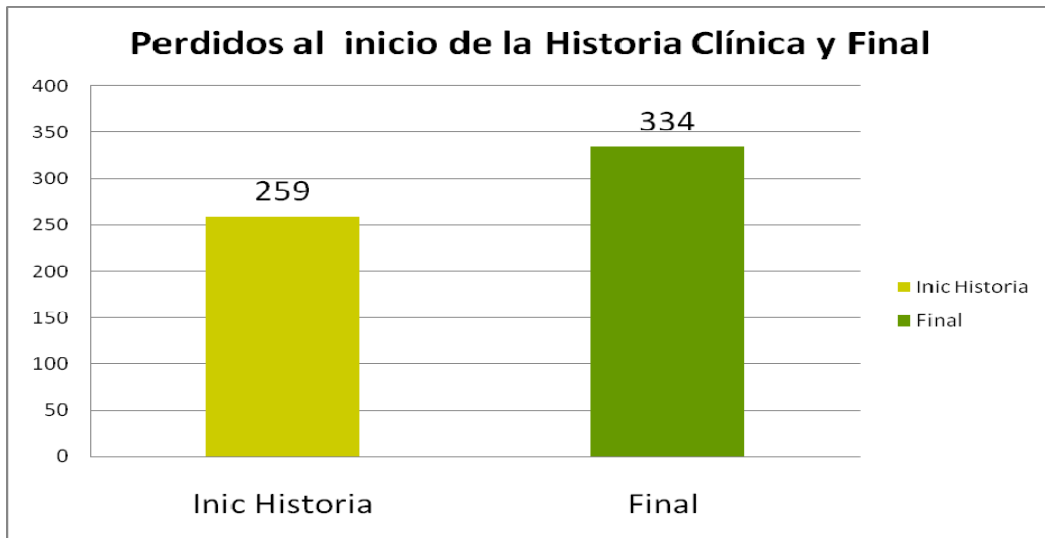


Gráfico 9. Dientes perdidos al inicio de la historia clínica y al final del estudio

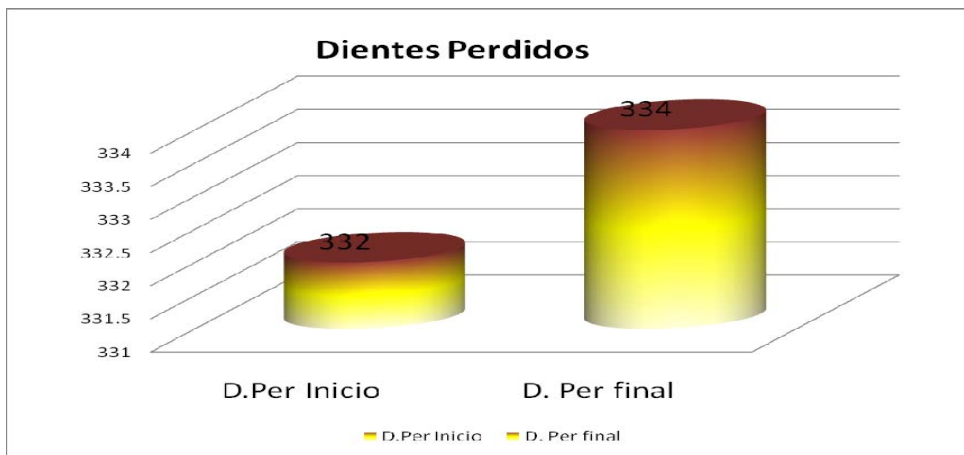


Gráfico 10. Dientes perdidos al inicio y al final del estudio.

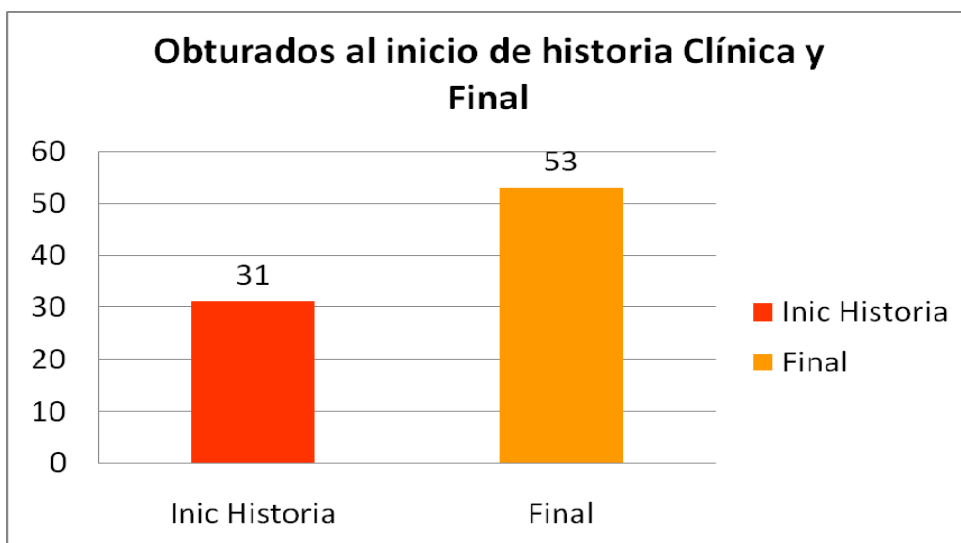
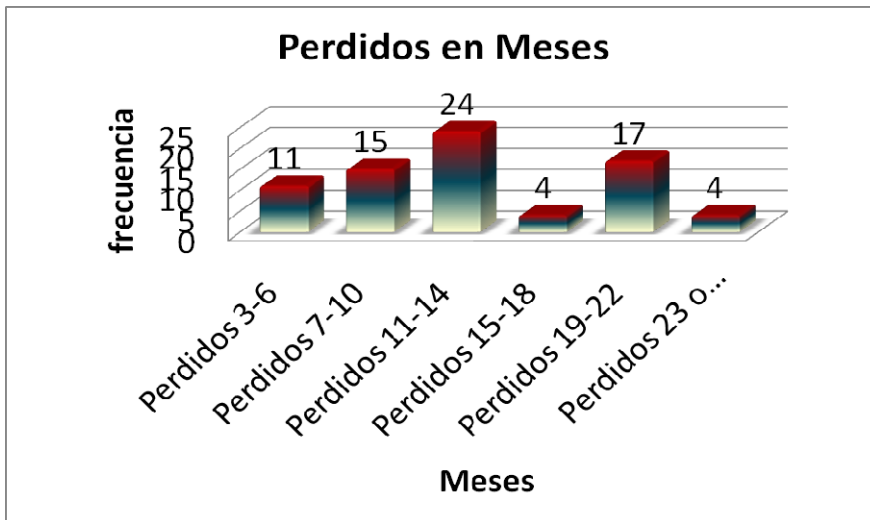


Gráfico 11. Dientes Obturados al inicio del la historia clínica y al Final del estudio



Gráfica 12. Dientes obturados al al solicitar el tratamiento en la clínica y al final del estudio.



75

Gráfica 13. Dientes perdidos de los pacientes de 3 a 23 meses la primera vez que solicitaron atención en la clínica.

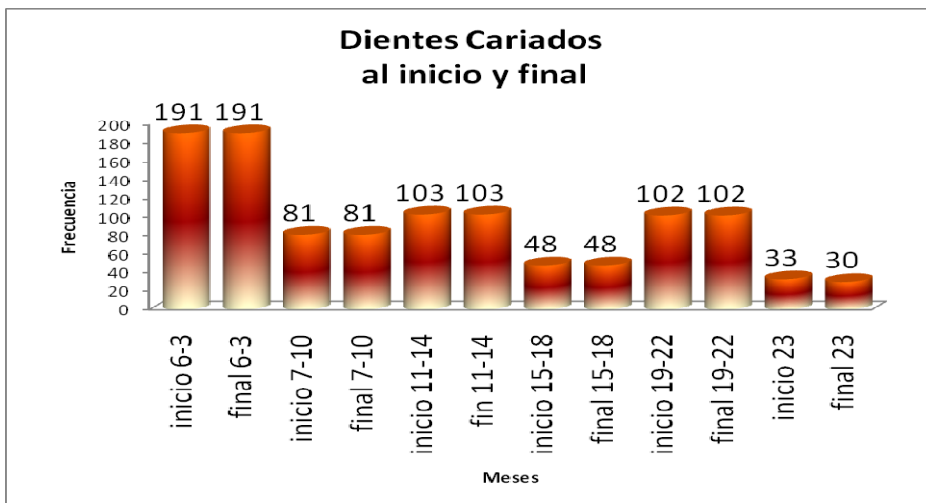


Gráfico 14. Dientes cariados al inicio y final del estudio en meses.

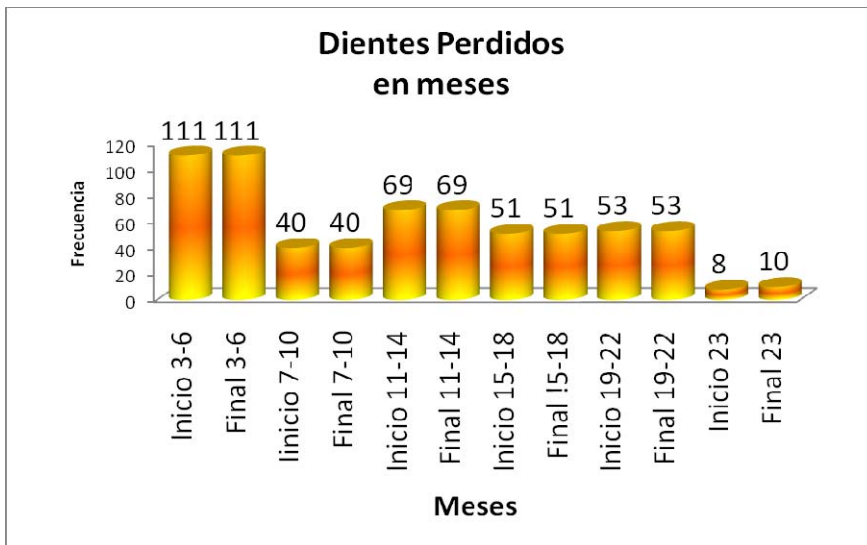


Gráfico 15. Dientes perdidos al inicio y final del estudio en meses.

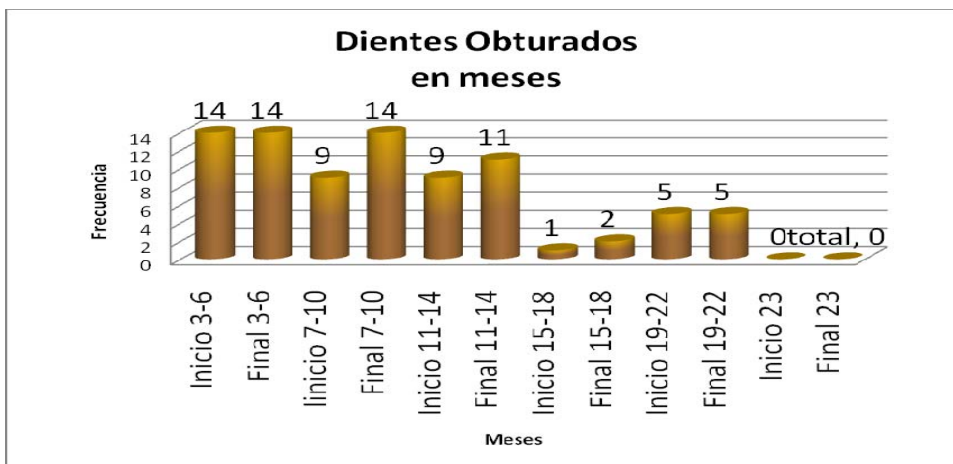


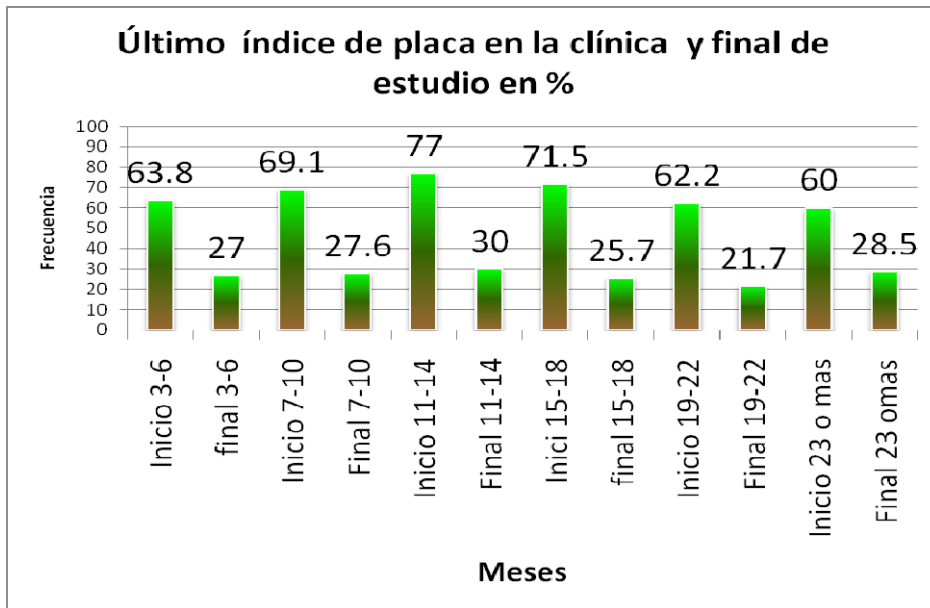
Gráfico 16. Dientes obturados al inicio y final del estudio en meses



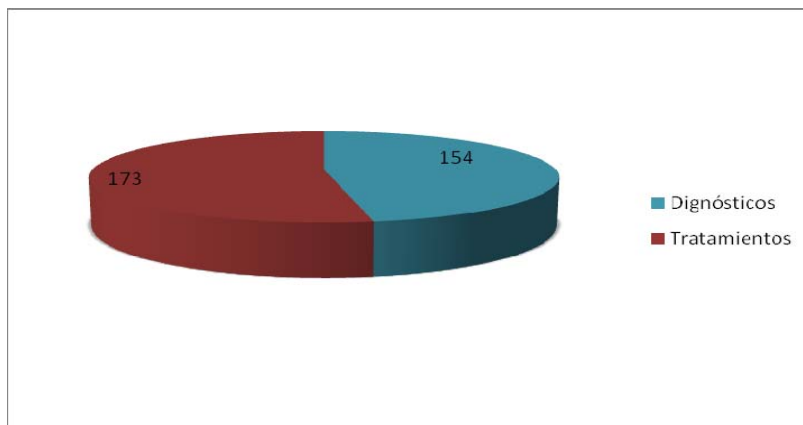
Gráfica 17. Total de dientes de todos los pacientes presentes en boca al inicio de la historia clínica y al final del estudio.



Gráfica 18. Total de dientes presentes en boca al inicio y Final del Estudio



Gráfica 19. Porcentaje de índice de placa bacteriana de los pacientes de 3 a 23 meses al realizarse la historia clínica y al final del estudio el estudio.



Gráfica 20. Número de diagnósticos y tratamientos realizados a los cuarenta pacientes incluidos en el estudio.

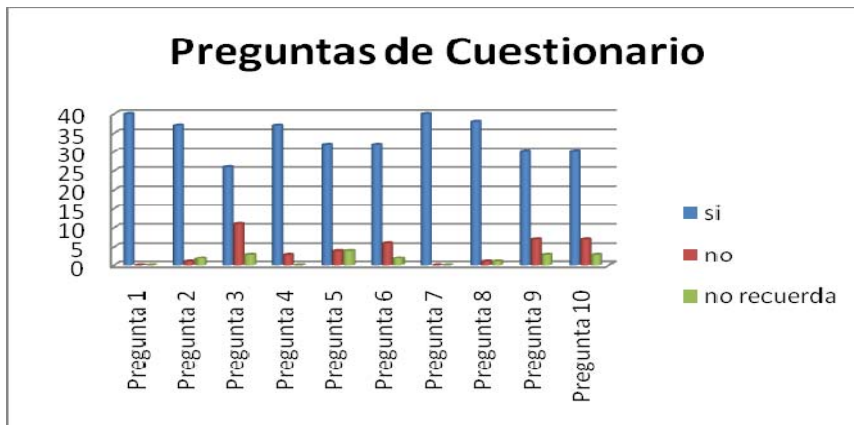


Gráfico 21. Cuestionario de preguntas sobre la atención y tratamiento realizado en la clínica

Diagnostico	Frecuencia	Frecuencia %
1. Abrasiones	2	1.29
2. Degeneración pulpar cálcica	2	1.29
3. Dens evaginatus	1	0.64
4. Dens invaginatus	1	0.64
5. Diente Retenido	4	2.59
6. Enfermedad gingival	12	7.79
7. Frenillo Aberrante	1	0.64
8. Insuficiencia coronaria	7	4.54
9. Maloclusión	3	1.94
10. Mal posición dentaria	5	3.24
11. Necrosis pulpar	9	5.84
12. Osteitis condensante	1	0.64
13. Periodontitis apical aguda	2	1.29
14. Periodontitis agresiva generalizada	1	0.64
15. Periodontitis apical crónica	15	9.74
16. Periodontitis Crónica Leve Generalizada	10	6.49
17. Periodontitis Crónica Moderada Generalizada	14	9.09
18. Periodontitis Crónica Severa Generalizada	2	1.29
19. Periodontitis Crónica Leve Localizada	4	2.59
20. Periodontitis Crónica Moderada Localizada	8	5.19
21. Periodontitis Crónica Severa Localizada	16	10.38
22. Pigmentaciones Generalizadas	1	0.64
23. Problemas Mucogingivales	11	7.14
24. Pulpitis Crónica	10	6.49

25.Reabsorción radicular Externa	2	1.29
26.Resto radicular	1	0.64
27.Surco del desarrollo	2	1.29
28.Tx de conductos deficiente	1	0.64
29.Trauma de la oclusión primario	3	1.94
30.Trauma de la oclusión secundario	3	1.94
SUMA	154	99.79

22. Distribución de frecuencias de diagnósticos.

TRATAMIENTO	Frecuencia	Frecuencia%
1.Alargamiento coronal	6	3.46
2.Biopulpectomia	10	5.78
3.Cirugía de diente retenido	3	1.73
4.Cirugía de torus mandibular	4	2.31
5.Cirugía Mucogingival	6	3.46
6.Cirugía Periapical	2	1.15
7.Colocacion de poste	4	2.31
8.Curetaje abierto	43	24.85
9.Curetaje cerrado	3	1.73
10.Exodoncias	13	7.51
11.Ferulización de dientes	1	0.57
12.Frenilectomia	1	0.57
13.Gingivectomia	1	0.57
14.Ginvivoplastia	1	0.57
15.Necropulpec I	8	4.62
16.Necropulpec II	14	8.09
17.Plastia de surco radicular	3	1.73
18.RTG Y Membrana de colágeno	22	12.71
19.RTG Membrana de inión	3	1.73
20.Regularización de Reborde	20	11.56
21.Re Tx de conductos	5	2.89
SUMA	173	99.9

23. Distribución de frecuencias de tratamientos

Diagnóstico Periodontal	Frecuencia	Frecuencia %
1..Enfermedad gingival	12	13.95
2.Frenillo Aberrante	1	1.16
3.Insuficiencia coronaria	7	8.13
4.Periodontitis Agresiva Generalizada	1	1.16
5.Periodontitis Crónica Leve Generalizada	10	11.62
6.Periodontitis Crónica Moderada Generalizada	14	16.27
7.Periodontitis Crónica Severa Generalizada	2	2.32
8.Periodontitis Crónica Leve Localizada	4	4.65
9.Periodontitis Crónica Moderada Localizada	8	9.30
10.Periodontitis Crónica Severa Localizada	16	18.60
11.Problemas Mucogingivales	11	12.79
SUMA	86	99.95

24. Frecuencia de Diagnósticos Periodontales

Tratamientos Periodontales	Frecuencia	Frecuencia en %
1.Alargamiento coronal	6	3.46
2.Cirugía de torus mandibular	4	2.31
3.Cirugía Mucogingival	6	3.46
4.Curetaje abierto	43	24.85
5.Curetaje cerrado	3	1.73
6.Frenilectomia	1	0.57
7.Gingivectomia	1	0.57
8.Ginvivoplastia	1	0.57
9.Plastia de surco radicular	3	1.73
10.RTG Y Membrana de colágeno	22	12.71
11.RTG Membrana de inión	3	1.73
12.Regularización de Reborde	20	11.56
SUMA	113	99.7

25. Frecuencia de Tratamientos Periodontale

1er Sextante	media	moda	suma	s
Primera medición	5.825	6	233	2.24050704
Segunda medición	3.625	3	145	1.54733021
Tercera medición	3.075	3	123	1.18511062
2do Sextante	media	moda	suma	s
Primera medición	5.675	3	227	2.67358877
Segunda medición	3.05	2	122	1.82503951
Tercera medición	2.65	2	106	1.44204271
3er Sextante	media	moda	suma	s
Primera medición	5.7	5	228	2.0902705
Segunda medición	3.475	3	139	1.37724176
Tercera medición	3.025	3	121	1.12061111
4to Sextante	media	moda	suma	s
Primera medición	5.625	6	225	2.4251619
Segunda medición	3.1	3	124	1.37374651
Tercera medición	2.55	3	102	0.81492488
5to Sextante	media	moda	suma	s
Primera medición	5.175	3	207	2.33026355
Segunda medición	2.725	2	109	1.46738036
Tercera medición	2.45	2	98	1.17560677

6to sextante	media	moda	suma	s
Primera medición	5.1	6	204	1.98455575
Segunda medición	3.3	3	132	1.41783511
Terceras medición	2.8	2	112	1.26491106

26. Medidas de tendencia central y dispersión de la profundidad al sondeo por sextantes.

En el presente estudio se reclutaron 40 pacientes, de los cuales 30 fueron del sexo femenino y sólo 10 del sexo masculino, se dividieron por meses de haber concluido su tratamiento en la clínica, el primer control de placa fue evaluado al llegar a la clínica al pedir su atención y al final del estudio, se observó una disminución de la cantidad de placa dentobacteriana presente con una diferencia significativa, la edad máxima fue de 70 años mientras que la mínima fue de 21 años, el promedio de edad fue de 46 años.

Los pacientes se dividieron por meses de 3-6 y fueron 14 pacientes, de 7-10 y fueron 6 pacientes, de 11-14 y fueron 11 pacientes, de 15-18 y fueron 4 pacientes, de 19-22 y fueron 7 pacientes y más de 23 y fueron 2 pacientes.

La cantidad de dientes cariados al inicio fue de 558 y al término del estudio fue de 515, una diferencia de 43 dientes cariados menos.

Al solicitar tratamiento inicial en la clínica los pacientes presentaban 259 dientes perdidos, al inicio de solicitar tratamiento en la clínica presentaban 332, es decir había una diferencia de 73 dientes menos, y al término del estudio el total de dientes perdidos fue de 334, es decir se perdieron 2 dientes más. El grupo de 11-14 meses fue el que perdió más dientes (24 dientes).

La cantidad de dientes obturados al inicio de pedir atención en la clínica fue de 31 dientes y al final del estudio fue de 53, con una diferencia de 22 dientes obturados mas.

El total de dientes presentes en boca de todos los pacientes que solocitaron por primera vez tratamiento en la clínica era de 1021 y al final de los seis meses de estudio fue de 946 con una diferencia de 75 dientes menos, los dientes presentes en boca la inicio del estudio fue de 947 y al final del estudio se encontrarón 945 con una diferencia de 2 dientes menos.

Al final del tratamiento, se observó menor cantidad de placa dentobacteriana, con una diferencia significativa con respecto a la inicial.

El total de diagnósticos realizados en la clínica fue de 154 de los cuales la periodontitis apical crónica, fue la más frecuente seguida de la periodontitis crónica severa localizada.

Se realizaron 173 tratamientos de los cuales el mayor número fue de el Curetaje abierto seguido de la regeneración tisular guiada con la colocación de membrana de colágeno

El mayor número de diagnósticos periodontales fue la peridontitis crónica severa localizada, se guía de la periodontitis crónica moderada generalizada.

El mayor número de tratamientos periodontales realizados fueron curetajes abiertos, seguida de la regeneración tisular guida con la colocación de membrana de colageno.

Del cuestionario aplicado se observa que la mayoría de los pacientes opinaron favorablemete con respecto al tratamientos e inidicaciones sobre el cuidado periodontal recibidos en la clínica.

La profundidad al sondeo disminuyó significativamente con respecto al de inicio y al final, esto se demuestra con el análisis estadístico.

Los resultados encontrados en los controles de placa al inicio del estudio fueron mayores que los encontrados al final, y al aplicar la prueba t de student entre los valores iniciales y finales de placa bacteriana, con un nivel de significancia de .05, se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa.

Pacientes que tenían de 3-6, 7-10, 11-14, 19-22, meses de terminado su tratamiento, se aplicó la prueba t de student y se encontró una diferencia significativa entre la medición del sondeo inicial y final con un nivel de significancia de .05.

Pacientes que tenían de 15-18 y 23 o más meses de terminado su tratamiento, se aplicó la prueba t de student y no hubo diferencias significativa entre la medición del sondeo, ya que los valores eran menores y se mantuvieron igual al inicio y al final con un nivel de significancia de .05

Discusión

En el presente estudio se realizó la medición del índice de placa bacteriana, la profundidad del sondeo y C.P.O., encontrando una disminución en la cantidad de placa bacteriana, y disminución en la profundidad del sondeo, así como una menor cantidad de dientes cariados y obturados, y un aumento en el número de dientes perdidos.

Se encontró concordancia con diferentes publicaciones, confirmándose los resultados que nos indican que con un buen mantenimiento se reduce el índice de placa y la profundidad al sondeo, y por consiguiente los rangos bajos en la de pérdida de dientes. (1,6,7,8,12,14)

Los dientes sometidos a mantenimiento periodontal y que se perdieron pudo deberse a diferentes causas, tales como: dientes desahuciados, un mal entendimiento del control de placa por parte del paciente, hábitos de tabaquismo, cargas oclusales excesivas en dientes que presentaron enfermedad periodontal, problemas endodónticos, restauraciones protésicas mal colocadas, enfermedades sistémicas no controladas después del tratamiento periodontal. (11)

Es por esto que diferentes publicaciones recomiendan que después de cualquier tratamiento periodontal, es necesario realizar una fase de mantenimiento periodontal, con el objeto de mantener por un periodo largo la salud periodontal, por lo tanto para poder tener otros puntos de vistas más acertados, se tendrán que hacer otros estudios referentes a los diferentes problemas que puedan causar pérdidas dentales.

Conclusiones

Estudios clínicos de los efectos a largo plazo del tratamiento de la periodontitis, han demostrado con claridad que la atención de mantenimiento profesional pos- terapéutica es una parte integral del tratamiento. Esto constituye también el tratamiento de los efectos terapéuticos beneficiosos a largo plazo. En la mayoría de los pacientes se puede prevenir o disminuir la incidencia de la aparición de la enfermedad periodontal, principalmente por una supervisión estricta en visitas profesionales con intervalos regulares.

El objetivo principal de la fase de mantenimiento periodontal es mantener la salud gingival y periodontal, es por esto que el tratamiento periodontal sería ineficaz para la salud periodontal si se niega u omite la fase de mantenimiento, por lo tanto esta fase debe ser un compromiso para toda la vida por parte del paciente y del profesionalista.

La placa bacteriana es con mucho, el agente etiológico más importante para la producción de las enfermedades periodontales y puede presentar inflamación gingival, pérdida de inserción y pérdida ósea, es por esto que los pacientes deben realizar un buen control personal de placa, para así mantener el control de la enfermedad periodontal evitando la formación de bolsas y manteniendo los niveles de inserción adecuados por largos periodos de tiempo.

Los pacientes que cumplen con un buen mantenimiento periodontal como: revisiones continuas en el consultorio, un buen dominio del control de placa y entendimiento del estado de salud periodontal, así como un buen estado de salud general, tendrán pocos signos de enfermedad periodontal y evitarán su reaparición, como consiguiente tendremos una mejor salud bucal y una disminución en pérdida de dientes, de esta manera se evitarán problemas en sus relaciones interpersonales en los aspectos psicológicos, físicos, y sociales que puedan afectar su calidad de vida.

Por todo lo anterior mencionado, es importante que a todo paciente antes, durante y después de cualquier tratamiento, se le concientice sobre la importancia de un buen mantenimiento periodontal, el periodo de revisiones en el consultorio o en la Clínica, así como un correcto cepillado todo esto nos lleva a un buen control de placa y nos ayudará a realizar cualquier tratamiento, para así tener éxito y mantener la salud periodontal por periodos de tiempo largo, ganando una mayor confianza en nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología odontológica. 4ta.edición. España. Panamericana. 2000. Pág. 831.
2. Carranza F. Periodontología Clínica. 9na. edición. Los Ángeles California. Mac Graw Hill. 2005. Pág. 16-32.
3. Løe H. y Else T. Experimental Gingivitis in man. JOP. 1965. Junio. 36. 177-187.
4. Hertz-Mayfeld LJA. Schatzle. Løe H. Clinical course of chorinc periodontitis. II.Incidence. Characteristic and time of occurrence of the initial periodontal lesion. J C P. 2003. Enero. 30. 902-908.
5. Hertz-Mayfeld LJA. Schatzle. Løe H. Clinical course of chorinc periodontitis. III. J C P. 2003. Enero. 30. 902-908. Patterns variation and risks of attachment loss. J.C.P. 2003. 30.909-918.
- 6.Needleman I. McGrath C, Floyd P. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. JCP. 2004 .31. 454-457.
7. Preshaw PM. Heasman PA. Periodontal maintenance in a specialist periodontal clinic and in general dental practice. J C P. junio 32. 280-286.
- 8.Fardal O, Johannessen C. Lindhe J. Thooth loss during mantenance following periodontal treatment in a periodontal practice in Norway. J. C P. September. 2004. 31. 550-55.
9. Presshaw P.M. Heasman P.A. Periodontal maintenance in a specialist periodontal clinic and in general dental practice. J C P . Junio. 2005. 32 280-286.

10. Jasim M. Yvonne A.P. Buschi. Lack of effect oral hygiene training on periodontal disease progression over 3 years in adolescents. J.O.P. 1995. 613-623.

11. The effect of initial periodontal therapy on salivary platelet-activating factor levels in chronic adult periodontitis. J.O.P. 1995. 225-260.

12. W. Murray Thomson, Spencer J. and Chalmers J. Incidence of periodontal attachment loss over 5 years among older South Australians. J.C.P. 2003. April. 31.119-125.

13. Murrieta Pruneda J. Índices epidemiológicos de morbilidad bucal. 1er. edición. México D.F. 2006. 11-64 1-180.

14. Baehni P.C. and Tessier. Supportive periodontal care. European Workshop on Periodontology. Londres. 1994. 274-283.

15. Marriotti A. Consensus Report: Dental Plaque-induced gingival diseases. Workshop for a classification of diseases and condition. 1999. Diciembre. 7-19.

16. Axelsson P. Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. 2004. 31. 749-752.

ANEXOS

CUESTIONARIO (marque con una X su respuesta)

1. Como considera su estancia dentro de la clínica

Buena Mala Regular

2. Se le indicó alguna técnica de cepillado (forma de como lavarse los dientes).

SI NO NO RECUERDA

3. Se le indicó el uso de algún enjuague bucal en especial.

SI NO NO RECUERDA

4. Se le indicó el uso de algún auxiliar de limpieza (cepillo interproximal, hilo dental)

SI NO NO RECUERDA

5. Se le explicó que es la enfermedad periodontal.

SI NO NO RECUERDA

6. Se le informó como se puede prevenir la enfermedad periodontal.

SI NO NO RECUERDA

7. Estuvo de acuerdo con el tratamiento realizado en la clínica.

SI NO NO RECUERDA

8. Se le indicó la frecuencia del cepillado dental.

SI NO NO RECUERDA

9. Se le explicó que era la placa dentobacteriana.

SI NO NO RECUERDA

10. Se le indicó con qué frecuencia debe tener su revisión después de su tratamiento.

SI NO NO RECUERDA

Consentimiento informado

Estimado Sr (SRA). Con el objeto de continuar con la vigilancia de su tratamiento, y para que este tenga el éxito esperado para poder mantener su estado de salud bucal, se realizará un estudio, por lo que es necesaria su asistencia cada 2 meses durante seis meses.

El tratamiento que Ud. va a recibir, será: el realizar sondeos en sus dientes para poder evaluar el estado periodontal, así como también realizar el control de placa dentobacteriana (se usará un método de tinción), así como evaluar la forma de cómo está realizando su cepillado bucal.

Contando con su comprensión y cooperación le doy las gracias.

Atte. C.D. Pablo Sandoval Ayala

Firma del Paciente