



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA**

TESIS

**PREVALENCIA DE ENFERMEDADES
PERIODONTALES EN PACIENTES ADULTOS
ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN DURANTE
EL PERIODO 2015 – 2016.**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

Autora:

Chafloque Bellido Brenda Patricia

Asesor:

Ms. Esp. CD. Vásquez Plasencia César Abraham

Línea de Investigación:

**Epidemiología, Salud – Prevención, Promoción Y
Diagnóstico Estomatológico.**

Pimentel – Perú

2019

**“Prevalencia de enfermedades periodontales en
pacientes adultos atendidos en la clínica de
estomatología de La Universidad Señor de Sipán durante
el periodo 2015 – 2016”**

Aprobación del informe de investigación

Ms. Esp. CD. Vásquez Plasencia César Abraham
Asesor Metodólogo

Dra.CD. La Serna Solari Paola Beatriz
Presidente del jurado de tesis

Mg. CD. Alayza Carrera Geovana Lucy
Secretario de jurado de tesis

Dra. CD. Valenzuela Ramos Marisel Roxana
Vocal del jurado de tesis

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios todopoderoso, por estar conmigo en cada paso que doy.

A dos ángeles: mi abuelita Pelartina; por dedicar tu vida a enseñarnos siempre el amor a Dios y a la familia, por darnos valores, por aconsejarnos siempre, por cuidarnos y continuar haciéndolo, ahora desde el cielo.

A mi compañera, amiga, y porque no, colega Cecilia Vásquez Tarrillo, tu pronta ausencia deja un vacío muy grande.

Este trabajo es para ustedes.

AGRADECIMIENTO

A **Dios**, mi creador, gracias por permitirme tener la dicha de estar aquí, un día a la vez, y ser testigo de su infinito amor.

A **mi madre**, por ser el pilar de mi familia, por tus valores inculcados, por tu paciencia y amor por ser esa fuerza que me impulsa y guía, por ser ese ejemplo de mujer trabajadora y tenaz, por apoyarme en todo momento.

A **mi padre**, por tu constante lucha y entereza, por ayudarme cuando lo necesito, por tu vocación de servicio y su pasión por la odontología

A **mis hijos**, mis dos pequeños y hermosos motivos para seguir adelante, y cumplir mis metas, por ser quienes le dan un enorme sentido a mi vida.

A **Dylan**, mi hermano, que sé que siempre podré contar con él.

Al **Dr. Cesar Vásquez**, por su paciencia, dedicación y compromiso, por ser quien guió para que esta tesis viera la luz.

Al **Dr. Roberto Ojeda**, por su amistad, su iniciativa y ser quien me brindo orientación en el momento que más lo necesitaba.

A la **Universidad Señor de Sipán**, por permitirme forjarme como profesional en sus aulas.

Finalmente a **usted**, mi estimado lector, quien permiten que mi investigación forme parte de su conocimiento.

A todos ustedes ¡**GRACIAS!**

RESUMEN

En la actualidad, a nivel mundial, entre las patologías orales más frecuentes, encontramos después de la caries, diversas enfermedades periodontales¹. Estas patologías se deben a diversos factores, sociales, fisiológicos, patológicos, hábitos nocivos, sistémicos, entre otros. Su prevalencia es amplia y su progresión conlleva desde una ligera inflamación de encía causada por una gingivitis, hasta la pérdida de piezas dentarias como producto de la periodontitis. La investigación tuvo como objetivo, determinar la prevalencia de enfermedades periodontales en pacientes adultos atendidos en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán durante el periodo 2015 – 2016. Se revisó 4699 historias clínicas de pacientes atendidos en la clínica de estomatología, en los años 2015 – 2016, de las cuales solamente 301 cumplieron los criterios de selección. Los datos fueron vertidos en una ficha de recolección de datos confeccionada para el estudio. Se encontró que el 61.8% de los pacientes presentó Gingivitis, mientras el 46.5% periodontitis y un 30.6% presentó recesión gingival. Se concluyó que la gingivitis fue la enfermedad periodontal más prevalente en los pacientes atendidos en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán en el periodo 2015 – 2016

Palabras clave: gingivitis, periodontitis, recesión gingival.

ABSTRACT

At present, worldwide, among the most frequent oral pathologies, we find after caries, various periodontal diseases. These pathologies are due to various factors, social, physiological, pathological, harmful, systemic, among others. Its prevalence is wide and its progression carries from a slight inflammation of gía caused by a gingivitis, until the loss of dental pieces like product of the periodontitis. The objective of this research was to determine the prevalence of periodontal diseases in adult patients treated at the Stomatology Clinic of the Universidad de Sipán during the period 2015-2016. We reviewed 4699 clinical records of patients seen in the stomatology clinic, in the years 2015-2016, of which only 301 met the selection criteria. The data were entered into a data collection sheet prepared for the study. It was found that 61.8% of patients presented Gingivitis, while 46.5% had periodontitis and 30.6% had gingival recession. It was concluded that gingivitis was the most prevalent periodontal disease in patients treated at the stomatology clinic of the University of Sipan in the period from 2015 to 2016

Key words: gingivitis, periodontitis, gingival recession.

INDICE

CONTENIDO	PAG.
I. INTRODUCCION	08
1.1 Realidad problemática	08
1.2 Trabajos previos	09
1.3 Teorías relacionadas al tema	13
1.4 Formulación del problema	23
1.5 Justificación e importancia del estudio	23
1.6 Objetivos	24
II. MATERIAL Y MÉTODOS	24
2.1 Tipo y diseño de la investigación	24
2.1.1. Tipo de investigación	24
2.1.2. Diseño de la investigación	24
2.2 Población y muestra	24
2.2.1 Criterios de inclusión:	26
2.2.2 Criterios de exclusión	26
2.3 Variables y Operacionalización	26
2.3.1. Variables	26
2.3.2. Operacionalización	27
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	29
2.4.1 Validación y confiabilidad de instrumentos	29
2.5 Procedimiento para el análisis de datos	29
2.6 Aspectos Éticos	29
III. RESULTADOS	30
3.1 Tablas y figuras	30
3.2 Discusión de resultados	34
IV. CONCLUSIONES	35
V. RECOMENDACIONES	35
VI. REFERENCIAS	36
ANEXO 1	42
ANEXO 2	43
ANEXO 3	44

I. INTRODUCCION

1.1 Realidad problemática

En la actualidad, a nivel mundial, entre las patologías orales más frecuentes, encontramos después de la caries, diversas enfermedades periodontales, que más por su gravedad, el interés se basa más por su enorme prevalencia entre la población. Siendo una de las afecciones más comunes del género humano ^{1,2}.

Actualmente, estas patologías se deben a diversos factores, sociales, fisiológicos, patológicos, hábitos nocivos, sistémicos, entre otros. Su prevalencia es amplia y su progresión conlleva desde una ligera inflamación de encía causada por una gingivitis, hasta la pérdida de piezas dentarias como producto de la periodontitis.

En Brasil, la prevalencia de algún tipo de enfermedad periodontal es independientemente del nivel socioeconómico ³.

Estudios realizados en Brasil, Uruguay, Perú tuvieron como resultado prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes de avanzada edad^{3, 4, 5}.

Por otro lado, en Cuba, Uruguay señala que es el sexo femenino quien presenta más predisposición a la enfermedad periodontal, debido a los cambios hormonales (estrógeno) por los que pasa una mujer en diversas etapas de su vida. Dando como resultado una prevalencia mucho mayor en este género ^{4, 6,7,8}.

Sin embargo, al momento de analizar el ritmo de vida de los pacientes, en la mayoría de estudios se encuentra relación entre edad de pacientes trabajadores, sometidos a stress y algún tipo de enfermedad periodontal ⁹.

Si a esto agregamos hábitos como el de fumar o la ingesta de bebidas alcohólicas, independientemente del sexo, se provocará no solo el inicio temprano de alguna patología periodontal, sino su progreso agresivo; debido a que no solo se pierde inserción clínica, y la encía se torna cianótica por la vasoconstricción de la nicotina, sino que también deprime los mecanismos de defensa y al encontrarse un medio necrótico, es fácil la proliferación de organismos anaerobios que conllevará a la

modificación de la flora oral y posteriormente la destrucción del hueso alveolar, provocando la pérdida de dientes ¹⁰.

Pero, si un paciente sin hábitos nocivos, de nivel socioeconómico estable, joven, aparentemente sano; se presenta a consulta con una periodontitis agresiva, y cuyos padres también presentan la misma patología, podremos notar un factor genético, debido a que si hay un huésped susceptible, y una fuerte carga genética con esta patología, el nuevo ser portará dicha carga y desarrollará la enfermedad de los genes portadores ^{11, 12}.

Por lo tanto evaluar la condición oral del paciente, es sin duda, parte de la labor diaria del cirujano dentista, por lo que se debe tener los conocimientos necesarios para su correcto diagnóstico; teniendo en cuenta las diversas características y manifestaciones clínicas de cada enfermedad.

1.2 Trabajos previos

Santana K. et. al ⁶.(2014) Cuba. “Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en consulta externa de la Clínica Estomatológica Camilo Torres Restrepo” Su estudio consistió en describir transversalmente a 415 pacientes con alguna enfermedad periodontal y que estuvieran atendidos en dicho Policlínico, en los meses de enero a julio del año 2013. En los resultados prevalecieron: el género masculino (54,2 %), la gingivitis como enfermedad predominante(49,6 %) y entre las edades de 50 – 59 años (38,6 %); en cuanto al factor de riesgo predominó la deficiente higiene bucal por parte del paciente (89,2 %), seguida por la presencia de caries dental (75,7%).

Duque A.¹³. (2016) México. “Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica” exploró la evidencia publicada acerca de la prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. Su búsqueda, fue de corte transversal y cohortes, identificó las características clínicas de las enfermedades periodontales como: profundidad de sondaje, nivel clínico de inserción y sangrado al sondaje. Concluyó que en la mayoría de estudios realizados en Iberoamérica, presentan una alta prevalencia de periodontitis crónica, y una relación entre pérdida de inserción y profundidad de sondaje con la edad.

Romero N. et. al ¹⁴.(2016) “Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México” realizó un estudio transversal. Encuestó a 1387 estudiantes de recién ingreso. Su instrumento fue un cuestionario autoadministrado, formatos para la inspección bucal y levantamiento de índice de higiene oral de Green y Vermillion simplificado. Como resultado obtuvo prevalencia de gingivitis 74,5%, de la cual 62,8% fue leve, 11,5% moderada, y 0,2% intensa, además, la placa dentobacteriana producto de mala higiene bucal, detrito y diastemas fueron los factores de riesgo asociados a la gingivitis.

Balseca M. et. al ¹⁵. (2017) Ecuador. “Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes diabéticos atendidos en la Clínica de Posgrado de Periodoncia en la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Análisis retrospectivo 2009 – 2015.” Su objetivo fue determinar la frecuencia de enfermedades periodontales en pacientes con diabetes atendidos en la clínica entre los años 2009-2015. Seleccionaron las historias clínicas de pacientes sanos 275 como de los pacientes diabéticos 30. Obtuvieron 16.4% de enfermedad periodontal en pacientes diabéticos y 83.6% en pacientes sanos; sin embargo, dentro del porcentaje de enfermedad periodontal en pacientes diabéticos, el 73.3%, presenta periodontitis Crónica Generalizada Severa y un 10% presenta Periodontitis Crónica Severa Localizada; en tanto, en pacientes sanos la primera ocupa el 38% y la segunda el 7.7%. En conclusión, en

pacientes diabéticos, la enfermedad periodontal no es causal de la diabetes, pero si un factor predisponente y agravante.

Martínez A. ¹⁶. (2015) Ecuador. “Prevalencia de la enfermedad periodontal y factores de riesgo locales asociados en una muestra de pacientes atendidos en clínicas de la Universidad Internacional del Ecuador, Universidad Central del Ecuador y clínica de atención médico odontológica Veris”; Tomó una muestra de 300 pacientes que fueron sometidos a un examen clínico periodontal para recolectar los datos de diagnóstico e identificación de los posibles factores de riesgo. Los resultados determinaron mayor frecuencia de periodontitis asociada a una deficiente higiene bucal como principal factor de riesgo.

Alves P. et. al ¹⁷. (2014) Brasil. “Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática” Identificaron los factores asociados a la caries y enfermedades periodontales en poblaciones Indígenas de América Latina. Realizaron la investigación mediante una revisión bibliográfica en diversos sitios como MEDLINE, PubMed; Scopus; SciELO; LILACS en los meses de enero a febrero de 2012. Según los criterios de inclusión y exclusión, obtuvieron 33 artículos seleccionados. Resultados: De las etnias indígenas más investigadas, las de Brasil presentan mayor porcentaje de las cuales, Xingu y Xavante son comunidades en cuya población, los adolescentes masculinos mostraban mayor proporción de sangrado gingival. Conclusiones: después del análisis de los artículos, pudieron concluir que en las comunidades de Brasil, el aumento de edad y diferencia de sexo, son factores asociados al aumento de la caries dental y enfermedades periodontales.

Pardo J. ⁵. (2014) Perú. “Prevalencia, severidad y extensión de la periodontitis crónica en pacientes adultos atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial Ica en el año 2013” Determino la frecuencia, severidad y extensión de la periodontitis crónica

en historias clínicas de pacientes atendidos en la clínica en el año 2013. Según los criterios de inclusión y exclusión, se tomaron 192 historias clínicas, de las cuales la periodontitis crónica fue más frecuentes en pacientes de avanzada edad 63,16%; del género masculino 31,82%; de un bajo nivel de educación 50,0%; con índice de higiene oral deficiente 38,64%; con habito nocivo de fumar 100,0%; y sistémicamente comprometidos 100,0%. En conclusión, la frecuencia de periodontitis crónica es de 27,6% y las piezas dentales más afectadas fueron 3.2, 4.2 con 34,0% y por su severidad, predominó la periodontitis moderada con 49,1%; seguida de la periodontitis leve con 43,4% y severa 7.5%; en el 100% de los casos, la periodontitis fue localizada.

Robello J. et. al ¹⁸. (2014) Perú. “Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima, Perú” Su objetivo fue determinar la frecuencia de algún tipo de enfermedad periodontal en los pacientes atendidos en la clínica en los meses de enero a marzo de 2013. La población estuvo constituida por 1000 pacientes. Los resultados mostraron mayor frecuencia de gingivitis generalizada leve 40,8%. En conclusión; la prevalencia de gingivitis generalizada leve fue mayor en pacientes del sexo femenino entre las edades de 31 a 40 años

Mestanza A. et. al ²⁷. (2017) Ecuador. “Prevalencia de recesiones gingivales en estudiantes de odontología de primero a segundo semestre de la Universidad de Las Américas del periodo de septiembre 2016 - enero 2017” realizaron un estudio de tipo descriptivo y observacional, de corte transversal con el fin de delimitar la frecuencia de la recesión gingival en los pacientes que acuden a la Clínica. Para el estudio se tomó una muestra de 100 pacientes, entre varones y mujeres, de 18 a 55 años de edad, a los cuales se les explico cuál sería el procedimiento del estudio y se les hizo firmar su respectivo consentimiento informado. Observaron una alta frecuencia de recesión gingival, asociada a diversos factores como: sexo, y edad; siendo más frecuente en pacientes

masculinos y como factor de riesgo asociado, se encontró que a mayor edad, mayor la presencia de esta alteración.

Marcos L.¹⁹. (2015) Perú. “Prevalencia de recesiones gingivales en pacientes atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional Lambayeque de Chiclayo, Perú, 2014” Evaluó a 103 pacientes, midiendo la distancia del margen gingival – unión cemento esmalte de las caras vestibulares de todas las piezas dentarias, y considero como recesión gingival a aquellos cuya medida sea igual o mayor a 1mm. Los resultados indicaron un 76.7% de prevalencia de algún grado de recesión gingival, encontrando mayor predisposición en pacientes del sexo masculino 84.7%. En conclusión, la prevalencia de recesión gingival aumenta a la par que aumenta la edad de los pacientes siendo más frecuentes en pacientes del sexo masculino.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Periodonto

Son estructuras tisulares que soportan alrededor del diente y está conformado por las siguientes: encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar.

Estos tejidos periodontales se pueden clasificar en dos tipos: uno de protección que conformaría la encía y otro de inserción donde estarían el ligamento, cemento y hueso alveolar ²⁰.

Encía

Parte de la mucosa oral que se encuentra alrededor del diente y cubre al hueso alveolar. Este tejido presenta varios mecanismos de protección y resistencia, dependiendo de la agresión que sufra: Contenido de flujo salival como lisozimas (enzima encargada de la degradación inicial de los carbohidratos) e inmunoglobulinas, recambio celular y/o descamación de la superficie y actividad inmunitaria ²¹.

Dependiendo de su anatomía, se puede dividir en tres tipos: marginal, insertada e interdental ²².

Encía marginal Es la encía que se encuentra bordeando y alrededor de los dientes en forma de collar, sin unirse al hueso alveolar y tiene 1 mm de ancho aproximadamente. El epitelio de esta encía puede ser queratinizado o paraqueratinizado. Clínicamente se la observa formando la pared del surco gingival, de un color rosa pálido con una textura lisa. Para separarla de la superficie del diente se emplea una sonda periodontal ²¹.

Encía insertada es la encía que abarca desde el margen gingival hasta la línea mucogingival. Se une al periostio subyacente y su ancho regularmente se encuentre entre los 0 – 9 mm, ya que varía dependiendo de la región bucal en la que se encuentre. Clínicamente se puede apreciar como un “punteado de cascara de naranja”, que se hace menos notorio conforme mayor sea la edad de la persona ²¹.

Encía interdental Esta encía toma forma dependiendo del punto de contacto de los dientes, aunque en veces varía por la presencia de algunos factores, tales como el diámetro en ancho de las superficies mesiales y distales de los dientes o por recorrido de la unión amelocementaria ²¹.

Normalmente adopta una forma piramidal, principalmente en las piezas anteriores, y esta forma se hace cada vez más aplanada en dirección vestíbulo lingual conforme se dirige hacia la región posterior.

Hueso Alveolar

“La apófisis alveolar se define como la parte de los maxilares superior e inferior que forma y sostiene los alveolos de los dientes” Está formada por dos láminas, una externa o cortical y una interna delgada y compacta, la que se aprecia radiográficamente como un lámina dura y entre estas se distingue hueso esponjoso y trabecular ²².

Ligamento Periodontal

Este componente periodontal se ubica alrededor de total la superficie radicular de los dientes, y su función es unir el cemento a la pared alveolar. Su contenido vascular y celular es elevado ^{21,22}.

- Función protectora: cuando las fuerzas oclusales y de desplazamiento son excesivas
- Función formadora, forma y repara tejidos como hueso alveolar y cemento radicular gracias a su elevado contenido celular.
- Función nutritiva, ya que se encuentra bastamente irrigado e inervado.
- Posee mecanorreceptores neurológicos que participan en la masticación.
- Ubica al diente de forma funcional durante el proceso eruptivo.

Cemento Radicular

Rodea toda la superficie radicular de los dientes y se va acumulando, en otras palabras, se observara de mayor extensión en un adulto mayor que en una persona joven. Altamente mineralizado, sin vasos sanguíneos ni terminaciones nerviosas y no participa en procesos de resorción o remodelado.²²

Tiene una consistencia más blanda que la dentina y se aprecia de una coloración amarillo pálido. Su aposición se presenta con mayor extensión en el ápice y furcas radiculares²¹.

Sus 3 funciones son las siguientes:

- Participa en la unión de las fibras del ligamento periodontal a la superficie radicular.
- Conserva el espacio donde se ubica el ligamento periodontal.
- Colabora en la defensa ante injurias a la superficie radicular.

Diagnóstico Periodontal

La historia clínica es fundamental para registrar los datos y antecedentes, importante para ayudarnos a lograr un diagnóstico acertado, consta de datos generales, personales, motivo de consulta,

antecedentes patológicos (tanto sistémicos como estomatológicos), factores de riesgo, exámenes extra e intraorales, etc.

Periodontograma

La inspección clínica nos brindara una perspectiva del estado gingival, sin embargo, no valida la presencia de patología periodontal o la gravedad, en caso existiera alguna. Sólo puede ser determinado tras el uso de una sonda periodontal milimetrada, donde se recogen los siguientes datos:

Margen Gingival

Este dato se recoge de tres partes por pieza dental evaluada: mesial, medial y distal y en las dos caras; vestibular y lingual o palatino ²¹.

Regularmente está a nivel de la línea amelocementaria, este punto es considerado como 0, cuando su posición varía, puede ir hacia apical y mostrar el cemento radicular, anomalía determinada como recesión gingival, para registrar la posición del margen cuando se presencia recesión gingival ubicamos la sonda sobre la parte involucrada y tomamos nota de la medida desde el límite amelocementario hasta el margen, colocando anteriormente el signo negativo.

En cambio, cuando este margen se dirija hacia coronal se considera como un tejido inflamado. En ese caso se registra ubicando la sonda desde donde debería estar el límite amelocementario hasta donde termina el margen, colocando previamente el signo positivo. En otras palabras, la determinación del margen gingival depende de una referencia fija, por lo tanto, es necesario definir otra referencia en caso esta desaparezca ²¹.

Profundidad de sondaje (PS)

Esta también se evalúa en las tres áreas: mesial, medial y distal de las dos caras dentales. Colocamos la sonda en el surco gingival hasta encontrar el epitelio de unión. Según estudios, este espacio puede tener entre 1 y 3 mm sin presentar problemas clínicos.

Nivel de Inserción Clínica (NIC)

Este dato hace mención a las fibras de tejido conectivo gingivales que se unen al cemento radicular. Similar a la medida de PS, es una medida lineal más que una extensión de soporte periodontal.

Clínicamente se interpreta de manera aproximada, específicamente como: a cuantos milímetro a partir de la unión amelocementaria se ubica la inserción del tejido conectivo de la encía, y para determinar el NIC, se efectúa lo siguiente: ²¹

- Si el margen esta coronal a la UAC, se le disminuye la PS.
- Si el margen coincide con la UAC, el NIC es igual a la PS.
- Si el margen esta apical a la UAC, se adiciona la PS y el margen.

Limite Mucogingival (LMG)

Se valora desde la encía marginal hasta la unión de la encía insertada con la mucosa alveolar (línea mucogingival). A vista clínica es la porción donde el tejido epitelial cambia de color. Esta medida se puede ver comprometida cuando se presencian alteraciones del margen gingival ²¹.

Sangrado al Sondaje (SS)

Más que un signo de patología, se puede decir que es un indicador de inflamación periodontal, en conjunto con otros signos inflamatorios ²¹. En tal caso se puede considerar que el sangrado es producido por la injuria realizada por la sonda, por esta razón es importante considerar factores como: la fuerza aplicada durante la evaluación, diámetro de la sonda periodontal y grado de la inflamación gingival para poder determinar una correcta interpretación de este signo ²¹.

Movilidad Dental

“Dado que los dientes no están en directo contacto con el hueso alveolar, estos presentan una movilidad fisiológica debido a la presencia del ligamento periodontal, la movilidad dental patológica puede ser el resultado de enfermedad periodontal, pero no es la única causa absoluta” ²¹.

Se utiliza dos instrumentos metálicos y se aplica presión en dirección vestibulolingual y de esta forma se determina el grado de movilidad²¹.

- Grado 0: movilidad fisiológica, 0.1-0.2 mm en dirección horizontal
- Grado 1: movimiento hasta 1 mm en sentido horizontal.
- Grado 2: movimiento de más de 1 mm en sentido horizontal.
- Grado 3: movimiento en sentido horizontal con intrusión ²¹.

Enfermedades periodontales:

Debido a los múltiples cambios a través del paso del tiempo, la entidad clínica estomatológica de la enfermedad periodontal ha creado mucha confusión en los profesionales por sus definiciones incompletas y presencia de ambigüedad en sus conceptos, posiblemente debido a la ausencia de un punto de vista etiológico que las categorice. Alrededor de la década del setenta y ochenta (1977 a 1989), para la Academia Americana de Periodontología (AAP) existían dos categorías de la enfermedad periodontal (Tabla 1) ²³.

Tabla 1.

Evolución de la clasificación de la enfermedad periodontal

1977		1986		1989
1. Periodontitis juvenil	I.	Periodontitis juvenil	I.	Periodontitis de inicio temprano
2. Periodontitis marginal crónica	II.	Pre puberal	II.	Periodontitis del adulto
	III.	Periodontitis juvenil localizada	III.	Periodontitis ulceroso necrotizante
	IV.	Periodontitis juvenil generalizada	IV.	Periodontitis refractaria
	II.	Periodontitis del adulto	V.	Periodontitis asociada a factor sistémico
	III.	Periodontitis gingivo ulceroso necrotizante		
	IV.	Periodontitis refractaria		

Fuente: Nueva Clasificación de la Enfermedad Periodontal.

No es hasta la clasificación de 1999, en la que se agrupa en gran parte entidades que en años pasados se emplearon. (Tabla 2)

Tabla 2.

Clasificación de enfermedades y afecciones del periodonto. 1999 International Workshop American Academy of Periodontology

<p>I. Enfermedades gingivales</p> <p>A.- Enfermedad por placa dental</p> <ol style="list-style-type: none">1. Gingivitis asociada únicamente a placa2. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos3. Enfermedades gingivales influenciadas por medicación4. Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición <p>B.- Enfermedades gingivales no asociadas a la placa</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lesiones originadas por bacterias específicas2. Enfermedad gingival de origen viral3. Enfermedad gingival de origen fúngico4. Lesiones gingivales de origen genético5. Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas6. Lesiones traumáticas7. Reacciones a cuerpo extraño8. No especificadas (NES)
<p>II.- Periodontitis crónica</p> <ol style="list-style-type: none">A. LocalizadaB. Generalizada
<p>III.- Periodontitis agresiva</p> <ol style="list-style-type: none">A. LocalizadaB. Generalizada
<p>IV.- Periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas</p> <ol style="list-style-type: none">A. Asociada con desórdenes hematológicos<ol style="list-style-type: none">1. Neutropenia adquirida2. Leucemias3. OtrasB. Asociada con desórdenes genéticos
<p>V.- Enfermedades periodontales necrotizantes</p> <ol style="list-style-type: none">A. Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN)B. Periodontitis ulcerativa necrosante (PUN)
<p>VI.- Abscesos en el periodonto</p> <ol style="list-style-type: none">A. Absceso gingivalB. Absceso periodontalC. Absceso pericoronar
<p>VII.- Periodontitis asociadas con lesiones endodóncicas</p> <ol style="list-style-type: none">A. Lesión combinada endoperiodontal
<p>VIII.- Deformidades y condiciones del desarrollo y adquiridas</p> <ol style="list-style-type: none">A. Factores localizados al diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen enfermedad gingival y periodontitis<ol style="list-style-type: none">1. Factores de la anatomía dentaria2. Restauraciones y aparatos dentales3. Fracturas radiculares4. Resorción radicular cervical y fisuras cementariasB. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente<ol style="list-style-type: none">1. Recesión gingival y de tejidos blandos2. Falta de encía queratinizada3. Vestíbulo poco profundo4. Posición aberrante de frenillo / muscular5. Excesos gingivales6. Coloración anormalC. Deformidades mucogingivales y condiciones de procesos edéntulos<ol style="list-style-type: none">1. Deficiencia horizontal / vertical del proceso2. Falta de tejido gingival queratinizado3. Agrandamiento de tejidos blandos/gingivales4. Posición aberrante de frenillo /muscular5. Vestíbulo poco profundo6. Coloración anormalD. Trauma oclusal<ol style="list-style-type: none">1. Trauma oclusal primario2. Trauma oclusal secundario

Fuente: Periodontología Clínica e Implantología Odontológica

Enfermedades Gingivales:

Estas enfermedades son una extensa familia de patologías variadas y complejas, que se encuentran localizadas en la encía y son consecuencias de varios aspectos etiológicos. El común denominador de todas estas es que se ubican exclusivamente en la encía; por tanto no afectan la inserción ni al periodonto. Es por esta razón que se encuentran categorizadas en un grupo independiente al de las periodontitis.

La importancia de estas alteraciones gingivales no es por su gravedad, sino a que se encuentra presente en la mayor parte de la población.²⁰

De esta población, en el género masculino es en donde se encuentra con mayor prevalencia. Los índices gingivales en varones son 10% mayores que en las mujeres, sin tomar en cuenta la edad.

En el Simposio Internacional de la American Academy of Periodontology (AAP), que fue llevado a cabo en 1999, se revisó la clasificación de las enfermedades periodontales. En esta clasificación revisada fue donde se acordó incluir una categoría que aludiera las enfermedades ubicadas en las encías; es decir, aquellas patologías que suceden única y exclusivamente en la encía sin extenderse a los tejidos adyacentes.

Características clínicas de las enfermedades gingivales

Algunas características coinciden en todos las patologías gingivales asociadas a placa y que facilitan al profesional a detectar el problema, pero es indispensable tener en cuenta la presencia de signos y síntomas en la encía exclusivamente, sin extenderse más allá de este tejido, de otra forma, la enfermedad no estaría considerado como una enfermedad gingival. Todas estas patologías se caracterizan por:

1. Presencia de placa bacteriana que marca el inicio o complica la lesión.
2. Ser reversibles si se elimina el o los agentes etiológicos.
3. Participar en el inicio de la pérdida de inserción alrededor de los dientes.

Mariotti, en 1999, determino las características que debemos reconocer para un correcto diagnostico gingival (Tabla 3).

Tabla 3.
Características de enfermedades gingivales

	Encía normal	Enfermedad gingival
Color	Rosa pálido)con Pigmentaciones melánicas en ciertos casos	Roja/azul violáceo
Tamaño	La encía se adapta a los cuellos de los dientes ausencia de bolsas	Pseudobolsas Crecimiento hacia las coronas
Forma	Festoneado, con papilas en espacios interproximales	Falta de adaptación a los cuellos, perdida del festón
Consistencia	Firme	Blanda o edematosa
sangrado	Ausencia de sangrado al sondaje	Sangrado al sondaje

Fuente: Bascones Martínez, A. Periodoncia clínica e implantología oral.

La gingivitis, dependiendo donde se encuentren ubicados los signos patológicos, se clasifica en 2, generalizada o localizada, según la extensión, sea a todos los dientes o algunos de ellos.

La enfermedad periodontal y la mujer

Las alteraciones en los niveles hormonales sexuales están ligadas más frecuentemente a las mujeres que a los hombres, esto se debe a que el estrógeno y la progesterona son predominantes en el sexo femenino. Estas hormonas parecen ejercer efectos más significativos y potencialmente más perjudiciales sobre el metabolismo de los tejidos, y a más de eso, las mujeres pasan por diferentes etapas fisiológicas que alteran estos niveles hormonales como menstruación, embarazo, menopausia, posmenopausia y el uso de anticonceptivos que son situaciones únicas del sexo femenino. Ciertos factores modificadores hormonales pueden aumentar la prevalencia, incidencia y severidad de las gingivitis y periodontitis. Autores relataron que cambios en los niveles hormonales que ocurren durante la menopausia, pubertad, menstruación y embarazo, así como aquellos que suceden con el uso de suplementos

hormonales, pueden llevar a una pérdida de la homeostasis del periodonto, facilitando el desenvolvimiento de la gingivitis²⁴

Relación de la enfermedad periodontal y el estrés

Se define estrés como la respuesta del organismo a fuerzas que actúan simultáneamente sobre el cuerpo, las cuales si son excesivas, esto es si superan la capacidad de los procesos adaptativos fuera de sus límites, guían a enfermedad de adaptación y eventualmente a enfermedades desgastantes y muerte. Las situaciones estresantes o agobiantes pueden llegar a ser un factor influyente sobre las periodontitis.

Cuando el individuo tiene inadecuada conducta de adaptación, el estrés psicosocial puede activar al sistema nervioso central. El hipotálamo produce hormona liberadora de corticotropina CRH, la cual estimula la liberación de adrenocorticotropina ACTH desde la pituitaria y resulta en producción de cortisol por la corteza adrenal. Los glucocorticosteroides, incluyendo al cortisol, deprimen la secreción inmunitaria tales como IgA, IgG y las funciones del neutrófilo, las cuales son importantes para la protección contra las infecciones por microorganismos periodontales. Los anticuerpos IgA secretorios pueden proteger por reducción inicial de la colonización de patógenos periodontales. La IgG ejerce protección por opsonización para fagocitosis y muerte por neutrófilos. Como consecuencia se produciría depresión de la inmunidad y mayor probabilidad de infecciones periodontales ²⁵.

Relación de la enfermedad periodontal y la tercera edad

Las modificaciones bucales relacionadas con la edad pueden tener dos orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de la acumulación de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad pero inducen cambios bioquímicos funcionales y estructurales.

Las enfermedades periodontales constituyen una causa importante de la pérdida de los dientes. Clásicamente se había aceptado que la pérdida

de inserción epitelial y hueso alveolar eran cambios periodontales relacionados con la edad, sin embargo, en la actualidad estas alteraciones no se corresponden con los fenómenos del envejecimiento propiamente dicho. No obstante, la sociedad en general y los ancianos continúan aceptando el deterioro del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento, cuestión que influye negativamente en la calidad de vida.

Partiendo desde este punto de vista, el periodonto reacciona a este proceso de dos formas: si existe poca higiene, el acúmulo de placa afectará los tejidos periodontales provocando gingivitis y con el tiempo retracción, formación de bolsas, movilidad y pérdida dental. Por otro lado, con frecuencia se ven resultados totalmente opuestos en pacientes de avanzada edad con mínimo cambio en encía marginal, estrechez del espacio del ligamento periodontal y firme adherencia de los dientes, atrición excesiva con posible hipercementosis. Sin embargo, a pesar de cambios degenerativos gingivales y periodontales la capacidad de recuperación tisular del periodonto permanece estable²⁶.

1.4 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de enfermedades periodontales en pacientes adultos atendidos en la clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán durante el periodo 2015 – 2016?

1.5 Justificación e importancia del estudio

Este estudio servirá como antecedente para posteriores investigaciones, pues generó un nuevo conocimiento en cuanto a la epidemiología periodontal de la región además de sumar como dato estadístico para un futuro estudio epidemiológico nacional, motivando al estudiante a tomar conciencia en realizar una planificación basada en evidencia científica para el tratamiento no quirúrgico y quirúrgico periodontal.

1.6 Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de enfermedades periodontales en pacientes adultos atendidos en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán durante el periodo 2015 – 2016.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de las enfermedades periodontales en pacientes adultos, según edad.
- Determinar la prevalencia de las enfermedades periodontales en pacientes adultos, según sexo.
- Determinar la prevalencia de las enfermedades periodontales en pacientes adultos, según año de atención.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo y diseño de la investigación

2.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es cuantitativo.

2.1.2 Diseño de la investigación

Investigación observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo

2.2 Población y muestra

La población para la investigación fueron 300 historias clínicas de pacientes atendidos en los servicios de odontología de la universidad Señor De Sipán en los años 2015-2016.

	P	M
AÑO 2015	150	85
AÑO 2016	151	85
	301	170

Muestra:

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estimar proporciones con una probabilidad de éxito para muestra máxima

$$\frac{Z^2 \sum_{h=1}^L W_h p_h (1 - p_h)}{e^2}$$

Siendo:

Z: valor normal con un 95% de confiabilidad = 1.96

L: Numero de estratos

H: Estrato concreto

E: Margen de error aceptado

P: Población = 301

Muestreo: Aleatorio Estratificado

Reemplazando en la formula resulta 170 las historias clínicas de pacientes atendidos en los servicios de odontología de la universidad Señor De Sipán en los años 2015-2016

$$\frac{Z^2 \sum_{h=1}^L W_h p_h (1 - p_h)}{e^2}$$

$$\frac{w_1 p_1 (1 - p_1) + w_2 p_2 (1 - p_2)}{e^2}$$

170

2.2.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos con fichas de periodoncia y periodontograma correctamente realizadas en los años 2015 - 2016
- Pacientes adultos, mayores de 20 años.

2.2.2 Criterios de exclusión

- Se excluyó del estudio a pacientes menores de 20 años.
- Pacientes comprometidos sistémicamente.
- Historias clínicas sin consentimiento informado firmado por el paciente.
- Historias clínicas en cuyo periodontograma tenga datos incompletos.

2.3 Variables y Operacionalización

2.3.1. Variables

Variables dependientes:

Enfermedad periodontal.

Variables independientes:

Año.

Edad.

Sexo

2.3.2. Operacionalización

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	TÉCNICA RECOLECCION DE DATOS
Enfermedad periodontal.	Periodonto	Periodontitis Gingivitis Recesión gingival	Nominal	Ficha recolección de datos	Observacional

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSION	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	TÉCNICA RECOLECCION DE DATOS
Sexo	Biológico	Identidad sexual	Masculino Femenino	Nominal	Ficha recolección de datos	Observacional
Edad	Biológico	Fecha de nacimiento	20 - 29 años 30 - 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años Mayor de 59 años	Ordinal	Ficha recolección de datos	Observacional
Año		Fecha de atención	2015 2016	Ordinal	Ficha recolección de datos	Observacional

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Técnica: fue observacional, se contabilizó los diagnósticos de las enfermedades periodontales registrados en las historias clínicas.

Instrumento: Se confeccionó una ficha de recolección de datos para registrar la prevalencia de enfermedad periodontal. La ficha constó de 5 ítems (Ver Anexo 1).

Obtención de datos: después de realizadas las evaluaciones en las historias clínicas, se tomaron los datos necesarios para el estudio, estos fueron: número de historia clínica, sexo, edad, año y enfermedad periodontal, Y se procedió a la selección de historias clínicas.

2.4.1 Validación y confiabilidad de instrumentos

No se requirió validación de instrumentos, debido a que la información fue recopilada mediante una ficha de recolección de datos simple. (Ver Anexo 1)

2.5 Procedimiento para el análisis de datos

Para las variables cuantitativas se calculó mediante estadística descriptiva, para la variables categóricas se calculó frecuencias y por porcentajes. El software utilizado fue el IBM SPSS estadistics.

2.6 Aspectos Éticos

Se solicitó a la dirección de la escuela de estomatología de la Universidad Señor de Sipán y a la dirección de la Clínica Estomatológica, la autorización para realizar las fichas de recolección de datos. (Ver Anexo 2)

La recolección de datos se hizo en las instalaciones de la dirección de la clínica de estomatología. (Ver Anexo 3)

Los resultados fueron comunicados a la dirección de escuela para ver la prevalencia de diagnósticos periodontales en los pacientes atendidos en la clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán en los años 2015 – 2016.

III. RESULTADOS

3.1 Tablas y figuras

Tabla 1:

Prevalencia de enfermedades periodontales en pacientes adultos atendidos en la Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán durante el periodo 2015 – 2016.

Enfermedades Periodontales	Frecuencia	Porcentaje
Gingivitis	105	61.8%
Periodontitis	79	46.5%
Recesión Gingival	52	30.6%

n= 170

Fuente: Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán

El 61.8% de los pacientes adultos presento gingivitis. El 46.5% presentó periodontitis. Solamente el 30.6% presentó recesión gingival

Tabla 2:*Prevalencia de las enfermedades periodontales en pacientes adultos, según edad.*

Edad		Enfermedades Periodontales		
		Gingivitis	Periodontitis	Recesión Gingival
20 - 29	Recuento	39	16	8
	% del total	23%	9.4%	4.7%
30 - 39	Recuento	17	10	10
	% del total	10%	5.9%	5.9%
40 - 49	Recuento	24	22	14
	% del total	14.1%	12.9%	8.2%
50 - 59	Recuento	11	16	9
	% del total	6.5%	9.5%	5.3%
Mayor de 59	Recuento	14	15	11
	% del total	8.2%	8.8%	6.5%
Total	Recuento	105	79	52
	% del total	61.8%	46.5%	30.6%

n= 170

Fuente: Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán

Los pacientes de 20 – 29 años de edad presentaron gingivitis en un 23%

La periodontitis prevalece en los pacientes de 50 – 59 años (9.5%)

Tabla 3:

Prevalencia de las enfermedades periodontales en pacientes adultos, según sexo.

Enfermedades Periodontales		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Gingivitis	Recuento	70	35	105
	% del total	41.2%	20.6%	61.8%
Periodontitis	Recuento	51	28	79
	% del total	30%	16.5%	46.5%
Recesión Gingival	Recuento	33	19	52
	% del total	19.4%	11.2%	30.6%

n= 170

Fuente: Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán

Las pacientes de sexo femenino presentaron mayor proporción de enfermedades periodontales, siendo gingivitis (41.2%), periodontitis (30%) y recesión gingival (19.4%)

Tabla 4:

Prevalencia de las enfermedades periodontales, según año de atención.

Enfermedades Periodontales		Año		Total
		2015	2016	
Gingivitis	Recuento	55	50	105
	% del total	32.4%	29.4%	61.8%
Periodontitis	Recuento	47	32	79
	% del total	27.6%	18.9 %	46.5%
Recesión Gingival	Recuento	25	27	52
	% del total	14.7%	15.9%	30.6%

n= 170

Fuente: Clínica de Estomatología de la Universidad Señor de Sipán

En el año 2015 la enfermedad periodontal que predominó fue la gingivitis (32.4%) seguida de la periodontitis (27.6%). En el año 2016 predominó la recesión gingival con el 15.9%.

3.2. Discusión de resultados

La enfermedad periodontal más prevalente en la clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán, fue la gingivitis. Este hallazgo coincide con lo encontrado por Santana⁶, Alves¹⁷ y Robello¹⁸. Dado que la gingivitis constituye la patología preliminar a la periodontitis y en algunos casos, previa a la recesión gingival. Esto explicaría la similitud de los hallazgos.

Según la edad, predominó la gingivitis en el grupo de 20 – 29 años difiriendo los resultados dados por Santana⁶, y Robello¹⁸ quienes argumentan mayor predominio en grupos etarios de mayor edad; probablemente la muestra creó una variación en cuanto a los resultados obtenidos.

En cuanto al sexo, las pacientes femeninas, presentaron mayor prevalencia de gingivitis coincidiendo con Robello¹⁸, sin embargo Santana⁶ y Alves¹⁷ alegan mayor índice en pacientes masculinos. Por otro lado, la periodontitis prevalente en pacientes femeninas difiere con los resultados brindados por Pardo⁵. En cuanto a recesión gingival el predominio en mujeres, contrasta con los estudios de Marcos¹⁹. Estos resultados podrían explicarse debido a la inadecuada limpieza, así como los factores hormonales presentes en las pacientes de sexo femenino.

La fecha de atención, dio como resultados mayor prevalencia de enfermedades periodontales en el año 2015 con respecto al año 2016 siendo un posible factor, el interés de los pacientes hacia el cuidado de su salud bucal

IV. CONCLUSIONES

La gingivitis es la enfermedad periodontal más prevalente, seguido de la periodontitis y con menor frecuencia la recesión gingival.

La Gingivitis fue la enfermedad periodontal más prevalente en los pacientes de edad entre 20 a 29 años, en cambio, la periodontitis prevalece en los pacientes de 50 - 59 años.

Las pacientes de sexo femenino presentaron gingivitis en mayor proporción que los pacientes de sexo masculino, además, presentaron mayor prevalencia en cuanto a periodontitis y recesión gingival.

La prevalencia de las enfermedades periodontales según año que se realizó el diagnóstico fue principalmente de gingivitis, seguida de la periodontitis, y recesión gingival en el año 2015.

V. RECOMENDACIONES

El total de historias clínicas revisadas fue 4699, de las cuales, después de los criterios de inclusión y exclusión, solo se pudo trabajar con 301; en las demás existían vacíos en cuanto a su llenado y su correcto uso, esto debido tal vez a la falta de conocimientos, falta de interés del alumno, etc.

Por ese motivo se pide, hacer un hincapié, primero, a los docentes, para que incentiven a sus alumnos a llenar correctamente las historias clínicas y los documentos que en ella se anexan. En segundo lugar, a los alumnos, para que puedan llegar a un correcto diagnóstico y de esta manera, elegir el tratamiento adecuado, debido a que estos serán tratamientos que se realizaran cada día en nuestra labor como profesionales de la salud bucal.

VI. REFERENCIAS

1. Matesanz. P et al. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Avances. 2008; 20 (1): 11-24.
2. Traviesas Herrera EM, Rodríguez Llanes R. Tabaquismo, higiene bucal y periodontopatías inmuno inflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay. Rev Cubana Estomatologica. [Internet]. 2007 [citado 28 May 2017];44(1). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_1_07/est05107.html
3. Rui Calado, Sousa Ferreira Cristina, Nogueira Paulo, Ribeiro de Melo Paulo. III Estudio Nacional de Prevalência das Doenças Oraís. . [Internet]. 2015 [citado 5 abr 2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol44_1_07/est05107.html
4. Lorenzo Susana, Piccardo Virginia, Alvarez Fernanda, Massa Fernando, Alvarez Ramon. Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguay del Interior del país: Relevamiento Nacional 2010-2011. Odontoestomatología [Internet]. 2013 Jun [citado 2017 Jul 07] ; 15(spe): 35-46. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200005&lng=es.
5. Pardo J. Prevalencia, severidad y extensión de la periodontitis crónica en pacientes adultos atendidos en la clínica estomatológica de la universidad alas peruanas filial Ica en el año 2013. [Internet]. 2014 [citado 2017 Jun 3]; Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1307>

6. Santana Fernández Kadir Argelio, Rodríguez Hung Armelis Maily, Silva Colomé María Elena, Núñez Antúnez Leonardo, García Fajardo Ileana. Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en consulta externa de la Clínica Estomatológica "Camilo Torres Restrepo". MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [citado 2017 Jun 10]; 18(7): 915-922. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700005&lng=es.
7. Fajardo Puig Martha Elena, Rodríguez Reyes Oscar, Rodríguez Bacallao Acela. Las hormonas sexuales femeninas y su relación con la enfermedad periodontal. MEDISAN [Internet]. 2017 Ene [citado 2017 Jul 07]; 21(1): 108-112. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100013&lng=es.
8. Pazmino V.F.C., Assem N.Z., Pellizzer E.P., De Almeida J.M., Theodoro L.H.. Influencia del estrógeno en la enfermedad periodontal: revisión de literatura. Avances en Periodoncia [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Jul 07]; 27(2): 75-78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852015000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-65852015000200004>.
9. Pascucci J.O., Albera E., Giaquinta M.A.. Correlación entre estrés, tabaquismo y estado periodontal en adultos residentes en la ciudad de Mendoza. Avances en Periodoncia [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Jul 07]; 28(1): 11-22. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852016000100002&lng=es.

10. Pascucci J. Tabaquismo: su influencia sobre la enfermedad periodontal. UNCuyo.2013 7 (2): 40-45.
11. Rioboo Crespo M., Bascones A.. Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. Avances en Periodoncia [Internet]. 2005 Ago [citado 2017 Jul 07] ; 17(2): 69-77. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852005000200003&lng=es.
12. Rodrigo-Gómez D, Oteo-Calatayud A, Alonso-Rosado A, Bascones-Martinez A. El papel de la genética en la aparición y desarrollo de la periodontitis: I: evidencias científicas de la asociación entre periodontitis y genética. Avances en Periodoncia [Internet]. 2007 Ago [citado 2017 Jul 07] ; 19(2): 71-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852007000300002&lng=es.
13. Duque A. Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 4] 2(9): 208-215. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300374>
14. Romero-Castro Norma Samanta, Paredes-Solís Sergio, Legorreta-Soberanis José, Reyes-Fernández Salvador, Flores Moreno Miguel, Andersson Neil. Prevalencia de gingivitis y factores asociados en estudiantes de la Universidad Autónoma de Guerrero, México. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Abr 04] ; 53(2): 9-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000200003&lng=es

15. Balseca M. et al. Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes diabéticos atendidos en la Clínica de Posgrado de Periodoncia en la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. Análisis retrospectivo 2009 – 2015. [Internet]. 2015 [citado 2017 Jun 3]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/8359>
16. Martínez A. Prevalencia de la enfermedad periodontal y factores de riesgo locales asociados en una muestra de pacientes atendidos en clínicas de la Universidad Internacional del Ecuador , Universidad Central del Ecuador y clínica de atención médico odontológica Veris; de acuerdo a los niveles de conocimiento de salud bucal en dicha población. [Internet]. 2015 [citado 2017 Jun 3]; Disponible en: <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/853/1/T-UIDE-0718.pdf>
17. Alves Filho Pedro, Santos Ricardo Ventura, Vettore Mario Vianna. Factores asociados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2014 [citado 2017 Junio 4] ; 35(1): 67-77. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000100010&lng=en.
18. Robello-Malatto J, Cevallos-Terán V, Chauca Edwards E, Obeso-Valdivia Y, Pongo-Valderas B. Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima, Perú. KIRU. 2014;11(1):50-5.

19. Marcos L. Perú. "Prevalencia de recesiones gingivales en pacientes atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional Lambayeque de Chiclayo, Perú, 2014. [Internet]. 2015 [citado 2017 Jun 3]; Disponible en:
<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/39/5/Marcos%20Chac%C3%B3n.pdf>
20. Bascones Martínez, A. Periodoncia clínica e implantología oral. 4° ed. Lexus; 2014.
21. Eley, Soory, & Manson. Periodoncia. 6° ed. Barcelona. Elsevier; 2012.
22. Lindhe, J., Lang, N., & Karring, T. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 4° ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2011.
23. Zenón A. Nueva Clasificación de la Enfermedad Periodontal. Revista ADM. 2001; 58 (1) 16-20
24. Pazmino V.F.C., Assem N.Z., Pellizzer E.P., De Almeida J.M., Theodoro L.H.. Influencia del estrógeno en la enfermedad periodontal: revisión de literatura. Avances en Periodoncia [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Nov 16] ; 27(2): 75-78. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16996585201500200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S169965852015000200004>
25. Pascucci J.O., Albera E., Giaquinta M.A.. Correlación entre estrés, tabaquismo y estado periodontal en adultos residentes en la ciudad de Mendoza. Avances en Periodoncia [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Abr 08] ; 28(1): 11-22. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852016000100002&lng=es.

26. Espeso Nápoles N, Mulet García M, Gómez Mariño M, Más Sarabia M. Enfermedad periodontal en la tercera edad. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2014 [citado 2017 Nov 16];10(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2878>
27. Chávez Mestanza, Estefanía Alexandra (2016). Prevalencia de recesión gingival en los pacientes que acuden a la clínica integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador período octubre 2015. Trabajo de titulación previo la obtención del grado Académico de Odontólogo. Carrera de Odontología. Quito: UCE. 59 p

ANEXO 1

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES PERIODONTALES EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN DURANTE EL PERIODO 2015 – 2016.

N° H.C.	EDAD	SEXO		AÑO	ENFERMEDAD PERIODONTAL
		MASCULINO	FEMENINO		

ANEXO 2



Especie valorada
S/ 5.00

FORMATO DE SOLICITUD

Solicita Permiso para revisión de historias clínicas.

Señor(a) Srta.

Orlando Gomez Rolando

Brenda Patricia Cheploqui Zaldúa Con DNI Nº 48072938

(Nombres y Apellidos del solicitante)

Email: brenda_53942@hotmail.com Teléfono: 931013386 Dirección: Manuel C. Bonilla #226

A ste Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de Alumna del IV ciclo de la escuela estomatológica

(Padre)-(Docente-Alumno)-Especialidad- Ciclo)

Recurro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Permiso para revisar las historias clínicas para el desarrollo del proyecto de tesis: "Prevalencia de enfermedades sistémicas y periodontales asociadas en la clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán entre el año 2012-2016"

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponda se atienda mi petición por ser de justicia.

Chiclayo, 26 de mayo de 2017

Brenda Patricia Cheploqui Zaldúa

Firma del Solicitante

A veces:

a _____
b _____
c _____



ANEXO 3

