



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA
EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA INTEGRAL EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO JULIO- NOVIEMBRE 2017II.**

Autor(es):

Br. Chirinos.M Elienny. V

C.I.22.207.413

Br. Luciani.M Yalimar.D

C.I.23.400.042

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego

Teléfono: (master) –



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA
EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA INTEGRAL EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO JULIO- NOVIEMBRE 2017II.**

Autor(es):

Br. Chirinos.M Elienny. V

C.I:22.207.413

Br. Luciani.M Yalimar.D

C.I:23.400.042

Tutor(a): Elio Alvarado.

San Diego, abril 2018.



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE ACUDEN A CONSULTA
ODONTOLÓGICA EN LA CATEDRA DE CLÍNICA INTEGRAL EN LA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO JULIO-
NOVIEMBRE 2017II

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N° Nombres y apellidos

1. 23.400.042 Yalimar del Valle LucianiMarval

2. 22.207.413 Elienny Virginia ChirinosMartinez

Tutor Propuesto: Od. Elio Alvarado

Firma

Cédula de Identidad N° 16.153.301

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma



Fecha

11/04/2018.



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Chirinos Martínez	Elienny Virginia	22.207.413
Direccion: Urb valle de oro, flor amarillo edf E-3, apto 01-05		Teléfono: 0424-4062913
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela : Odontología	Indice Académico	13,69
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Elienny Chirinos	C.I: 22.207.413
		Teléfono: 0424-4062913
Titulo Del Trabajo: PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTEMICAS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLOGICA EN LA CATEDRA DE CLÍNICA INTEGRAL EN LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ EN EL PERIODO JULIO-NOVIEMBRE 2017II		
Breve Explicacion: Este trabajo de investigación tiene como finalidad determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes comprometidos sistémicamente que asisten a consulta odontológica de la clínica integral de adulto en la universidad José Antonio Páez.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad José Antonio Paez		
Tiempo De Desarrollo: 8 meses		
Tutor Académico Propuesto: Od. Elio Alvarado		

APROBADO: NO APROBADO:
 COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

 NOMBRE FIRMA FECHA

 NOMBRE FIRMA FECHA
 DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Elio Alvarado, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 16.153.301, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el (la) ciudadano(a) Elienny Chirinos y Yalimar Luciani, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 22.207.413, N° 23.400.042 titulado **“PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA INTEGRAL EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO JULIO- NOVIEMBRE 2017II”** presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 27 días del mes de 07 del año dos mil diecisiete.

(Firma autógrafa)

Elio Alvarado

C.I. 16.153.301



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA INTEGRAL EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO JULIO- NOVIEMBRE 2017II", realizado por Yalimar del valle Luciani Marval. C.I.23.400.042. Cursante de la carrera ODONTOLÓGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.


Tutor Contenido

Nombre: Elio Alvarado

C.I.: 16.153.301


Jurado

Nombre: Blasmir Gimenez

C.I.: V-11121524


Jurado

Nombre: Sinai Rodriguez

C.I.: 22.007.181



Fecha: 10/04/2018

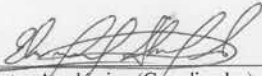


UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado **"PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE ACUDEN A CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA INTEGRAL EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL PERÍODO JULIO- NOVIEMBRE 2017II"**, realizado por Elienny. V. Chirinos Martínez C.I 22.207.413. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación; asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: veinte (20) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)

Nombre: Elio Alvarado
C.I.: 16.153.301



Jurado
Nombre: Blasmir Giménez
C.I.: 11.121.571



Jurado
Nombre: Sinai Rodríguez
C.I.: 22.004.151

Fecha: 10/04/2018



Dedicatoria

A **Dios**, quien ha guiado mi camino mi destino y mí recorrido a lo largo de esta carrera, por ser el centro de mis fuerzas de mi pasión.

A mis padres **Yalis y Marcos**, cuyo apoyo ha sido incondicional, mis pilares mis guías los amo gracias por su comprensión por siempre estar ahí por hacerme la persona que soy porque todo ha valido la pena son mi mayor inspiración en el mundo, gracias por su paciencia y por nunca rendirse siempre los amare con todo mi corazón y estará en mí no defraudarlos.

A mi compañera de tesis **Elienny chirinos**, excelente amiga y compañera de estudio por acompañarme en esta travesía a lo largo de esta carrera, en la que hemos vivido muchas cosas y entre todas realizar nuestro sueño de graduarnos.

A nuestro tutor de tesis el profesor **Elio Alvarado**, excelente tutor de contenido gran profesional y excelente amigo.

Sin ustedes este trabajo no hubiera sido posible los amo y los llevo en mi corazón, esta investigación se las dedico a todos ustedes.

Yalimar Luciani.

Agradecimiento

Principalmente a **Dios**, quien ha guiado mi camino mi destino y mí recorrido a lo largo de esta carrera, por ser el centro de mis fuerzas de mi pasión.

A mis padres **Yalis y Marcos**, cuyo apoyo ha sido incondicional, mis pilares mis guías los amo gracias por su comprensión por siempre estar ahí por hacerme la persona que soy porque todo ha valido la pena son mi mayor inspiración en el mundo, gracias por su paciencia y por nunca rendirse siempre los amare con todo mi corazón y estará en mí no defraudarlos.

A mi compañera de tesis **Elienny chirinos**, excelente amiga y compañera de estudio por acompañarme en esta travesía a lo largo de esta carrera, en la que hemos vivido muchas cosas y entre todas realizar nuestro sueño de graduarnos.

A nuestro tutor de tesis el profesor **Elio Alvarado**, excelente tutor de contenido gran profesional y excelente amigo.

A mis profesores, amigos que a lo largo de esta carrera me han enseñado a superarme como persona e impulsado a lograr mí meta de ser odontólogo de ser profesional.

Yalimar Luciani.

Dedicatoria

Mi trabajo de grado lo dedico con todo mi amor y cariño, que es fruto de todos mis esfuerzos principalmente a mi amado y recordado (Q.E.P.D) abuelo **Jesús Martínez Cortez**, quien fue pilar fundamental conjuntamente con la mano de mi **abuela Hilda** de Martínez a luchar sin desistir en los momentos más difíciles. Siendo él, mi mayor ejemplo a seguir, desde el paraíso al lado del todo poderoso quien guía mis pasos a mantenerme firme ante cualquier adversidad.

A mis padres **Lenny Martínez y Elio Chirinos** por ser los principales promotores de mis sueños, apoyándome a lo largo de este camino lleno de tropiezos y caídas, me ayudaron a levantarme con mayor fortaleza en cada uno de ellos. Fueron mis pacientes en mi camino como estudiante en proceso sin importar cuán nerviosa estuviese en las prácticas clínicas, siempre confiaron en mis conocimientos y seguridad a la hora de realizar una exodoncia y rehabilitación protésica.

A mis Hermanos **Lennyeli Chirinos, María de los Ángeles Rodríguez, Yimy Jesús Rodríguez** por brindarme todo su apoyo, con el fin de ser su mayor ejemplo a seguir, y un gran orgullo para ellos.

A mis tíos **Hilda Marinee Martínez, Yimy Rodríguez, Hilemar Martínez, Gilberto Urriera, Elena Martínez** los cuales estuvieron apoyándome mis esfuerzos y dedicación en los momentos más difíciles, llenándome siempre de motivación con valentía y ganas de seguir adelante sin mirar atrás.

A mi **Cuchu** por ser persona fundamental en mi vida y apoyo incondicional a pesar de la distancia no hubo límites para estar pendiente en cada tropiezo siempre dándome su mano para levantarme firme y con mayor motivación, sin olvidar sus palabras “Si puedes, tu eres fuerte, sigue adelante, confió en ti y en que SI lo vas a lograr” Gracias mi amor por verme triunfar y llegar a la meta.

A **Yalimar Luciani y a su familia** por abrirme las puertas de su hogar y por brindarme apoyo durante el transcurso de la realización de nuestro trabajo de grado. Feliz y orgullosa de lograr esta meta juntas.

Elienny Virginia Chirinos Martínez.

Agradecimiento

Quiero expresar mi agradecimiento a aquellas personas que me ayudaron a crecer y aprender poco a poco, para llegar a esta etapa de mi vida que tanto anhelaba, y a pesar de que el camino se me hizo largo por muchos obstáculos, aprendí a creer en mí, en mi inteligencia, y que en la vida hay que trazar objetivos para llegar a la meta.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, y en mis expectativas.

Gracias a mi **madre** por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y las llegadas de sus cafés, era para mí como agua en el desierto.

Gracias a mi **padre** por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Gracias a **DIOS** por la vida de mis padres, también por cada día, que bendice mi vida, con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman y a las que yo amo. Gracias a mis padres por permitirme conocer a Dios.

Gracias a mi mejor amiga **Katerine Díaz** por siempre confiar en mí, y en mis conocimientos y ayudarme a no decaer y seguir siempre adelante.

Gracias a mi amiga **Carmen Serrano**, a pesar de conocerla en tan poco tiempo, siempre estuvo para apoyarme y ayudarme en mis momentos de debilidad.

Gracias a mi tutor de contenido el **Dr. Elio Alvarado** por su apoyo incondicional y por impartirme cada uno de sus conocimientos a lo largo de mi carrera. Siempre serás aparte de mi profesor mi gran amigo.

Gracias a mi tutora metodológica **Dra. Ervy Weffer** por cada ayuda y apoyo a la culminación de nuestro trabajo de grado.

Gracias a mi casa de estudio la **Universidad José Antonio Páez** la cual fue mi segundo hogar por brindarme toda su enseñanza y ayudarme a la culminación de esta meta

Elienny Virginia Chirinos Martínez.

INDICE

RESUMEN IFORMATIVO	XV
INTRODUCCIÓN	18.
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema.....	3.
1.1.1 Formulación del Problema.....	5.
1.2 Objetivos de la Investigación.....	6.
1.2.1 Objetivo General.....	6.
1.2.2 Objetivos Específicos.....	6.
1.3 Justificación de la Investigación.....	6.
II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	8.
2.2 Bases Teóricas.....	12.
2.3 Antecedentes Legales de la Investigación.....	
2.4 Definición de términos básicos.....	32.
III MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	34.
3.2 Diseño de Investigación.....	35.
3.3 Población y Muestra.....	35.
3.4 Técnicas de Recolección de Datos.....	35.
IV ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Presentación de Resultados.....	39.
4.2 Interpretación de Resultados.....	39.
Conclusiones.....	46.
Recomendaciones.....	46.
REERENCIAS	48.
ANEXOS	51.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1. Distribución según Edad y Sexo.....	40.
GRÁFICO N°2. Distribución según enfermedad sistémica y sexo.....	41.
GRÁFICO N°3. Distribución según edad y enfermedad sistémica.....	42.
GRAFICO N° 4. Distribución según enfermedad periodontal y sexo.....	43.
GRAFICO N°5. Distribución según edad y enfermedad periodontal.....	44.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LA CONDICIÓN PERIODONTAL EN
PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE ACUDEN A
CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA
INTEGRAL EN LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ EN EL
PERÍODO JULIO-NOVIEMBRE 2017II.**

Autor: Elienny Chirinos C.I: 22.207.413

Autor Yalimar Luciani C.I: 23.400.042

Tutor: Od. Elio Alvarado

Fecha: Abril 2018.

RESUMEN INFORMATIVO

Este trabajo tuvo como finalidad determinar la condición periodontal en los pacientes que presentan enfermedades sistémicas que acuden a consulta odontológica en la clínica integral del adulto de la universidad José Antonio Páez en el periodo 2017II. Así mismo, las autoras se basaron para la investigación en teóricos como (Carranza, 2010) y (Castellano, 2002). Se realizó un tipo de investigación descriptiva con modalidad de campo, como técnica de recolección de datos se utilizó la observación de historias clínicas a través de una hoja de registro para evaluar la prevalencia de las afecciones periodontales y sistémicas en dichos pacientes, analizando así a una población de 1364 historias clínicas de pacientes, con una muestra del 30% siendo así 409 en total, en el cual al obtener los datos de dicha investigación hubo una prevalencia de pacientes femeninos que padece hipertensión arterial como enfermedad sistémica y a su vez manifiestan periodontitis leve con respecto a la enfermedad periodontal.

Descriptores: Enfermedades Sistémicas, Enfermedades Periodontales, Adulto, Radiografías, Historia Clínica.



BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA
UNIVERSITY JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
DENTISTRY SCHOOL

PREVALENCE OF THE PERIODONTAL CONDITION IN PATIENTS WITH SYSTEMIC DISEASES THAT COME TO DENTAL CONSULTATION IN THE COMPREHENSIVE CLINIC CHAIR IN THE JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY IN THE PERIOD JULY-NOVEMBER 2017II.

Author: Elienny Chirinos C.I: 22.207.413

Author Yalimar Luciani C.I: 23,400,042

Tutor: Od. Elio Alvarado

Date: April 2018.

INFORMATIVE SUMMARY

The purpose of this work was to determine the periodontal condition in patients with systemic diseases who come to the dental clinic in the adult clinic of the José Antonio Páez University in the period 2017II. Likewise, the authors based themselves on research in theorists such as (Carranza, 2010) and (Castellano, 2002). A type of descriptive research was carried out with field modality, as data collection technique we used the observation of clinical histories through a record sheet to evaluate the prevalence of periodontal and systemic conditions in said patients, thus analyzing a population of 1364 clinical histories of patients, with a sample of 30% being 409 in total, in which to obtain the data of this research there was a prevalence of female patients suffering from arterial hypertension as a systemic disease and in turn manifest mild periodontitis with regarding periodontal disease.

Descriptors: Systemic Diseases, Periodontal Diseases, Adult, X-rays, Clinical History.

INTRODUCCION

Durante siglos se ha sospechado que existe una relación entre enfermedad periodontal y enfermedad sistémica, pero la evidencia para explicar dicha relación solo se ha elucidado en las últimas décadas. Una investigación en donde se planteó la revisión de diversas enfermedades orales, resaltando que la enfermedad periodontal, podría considerarse un fuerte factor de riesgo, que influyen en otras patologías.

En los últimos años, han surgido numerosos informes basados en estudios epidemiológicos, en los que las infecciones buco-dentales se relacionan con enfermedades sistémicas, entre ellas alteraciones cardiovasculares, hematológicas, hormonales y resultados adversos del embarazo.

En la investigación realizada se requiere profundizar en el área de las clínicas integrales del adulto de la universidad José Antonio Páez para llevar a cabo la investigación y la problemática de la enfermedad periodontal ya que es una de las enfermedades más comunes en todos los pacientes que llegan a la consulta odontológica.

En el capítulo I, se plantea el problema que se presenta en la prevalencia de los pacientes comprometidos sistémicamente en el área de clínica integral de la universidad José Antonio Páez, luego se argumenta la justificación de la realización de estudio, y se formulan los objetivos generales y específicos que se pretenden conseguir en la investigación.

En el capítulo II se describen los antecedentes históricos relacionados al trabajo de grado, se exponen bases teóricas las cuales servirán de apoyo al tema en estudio, y se explican algunos términos teóricos.

En el capítulo III se explica el marco metodológico, se justifica el tipo de estudio el cual se establecerá como una investigación descriptiva con modalidad de campo, y técnicas de recolección de datos, para la investigación se utilizara como técnica de recolección de datos la revisión de historias clínicas de los pacientes que

acudieron a la clínica integral del adulto durante el periodo 2017 II, se aplica el instrumento el cual es un formato con un conjunto estructurado o de preguntas o ítems que son productos de unas variables que han sido sustentadas teóricamente, siendo este una hoja de registro que nos permitirá llevar un registro más específico de los pacientes que tengan enfermedad periodontal y a su vez enfermedad sistémica.

En el capítulo IV una vez culminada la recolección de datos, se procede a realizar un análisis de los mismos, el cual estará compuesto por gráficos para desarrollar los datos cuantitativos. En el capítulo V una vez alcanzados los propósitos planificados nos permitirá elaborar las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

En el capítulo V, se plasman las conclusiones y recomendaciones que sustentan la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social de individuos y sociedades. Es decir, de una manera informal es el grado que los individuos y sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social, la manera como se vive. Específicamente, en salud pública y en medicina el concepto de calidad de vida se refiere a la manera como una persona o un grupo de personas percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo. A menudo, los médicos han utilizado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud para medir los efectos de las enfermedades crónicas en sus pacientes a fin de comprender mejor de qué manera una enfermedad interfiere en la vida cotidiana de una persona. Asimismo, dichos profesionales utilizan este concepto para medir los efectos de numerosos trastornos, discapacidades de poca y mucha duración y enfermedades en diferentes poblaciones.

En este sentido, un creciente número de investigaciones científicas indica una posible relación entre las enfermedades bucales con otros padecimientos del cuerpo humano. Si bien las investigaciones a esta fecha no pueden determinar aun de manera concluyente la causa exacta y los mecanismos en los que se da esta relación, la evidencia claramente sugiere que los beneficios de una boca sana pueden ir más allá de una buena apariencia personal.

Es de especial relevancia en los adultos mayores, porque se ha demostrado que personas que padecen enfermedades crónicas como diabetes, enfermedad cardiovascular entre otras, tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones en su estado de salud

bucal, con efectos en su calidad de vida. “Agrega Slade (2008), que de igual manera afecta la capacidad masticatoria y el estado nutricional; hay alteración del sentido del gusto; se presenta mal aliento, alteran la estética y la autoestima modificando la actividad social de los individuos.”

Por consiguiente, la asociación entre infecciones microbianas locales como las periodontopatías y los desórdenes sistémicos fue planteada por primera vez por los sirios en el siglo VII antes de cristo. A finales del siglo XX Rams y Slots plantearon que las infecciones buco-dentales pueden integrarse al grupo de causas relacionadas con cuadros mórbidos generales capaces de llevar el paciente a la muerte.

Es necesario destacar, que en la actualidad la Academia Americana de Periodoncia, publicó una revisión (Dra. Maritza Peña Sisto. Facultad de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba. Octubre, 2007) de diversas enfermedades para las cuales la enfermedad periodontal, podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades sistémicas. En el taller mundial de periodoncia, realizado en mayo del 2014, se introduce el término de medicina periodontal, como una medicina que se centra en las relaciones entre las patologías periodontales generales.

Bajo esta perspectiva, “(SEPA marzo del 2013) David Herrera al ser la periodontitis una enfermedad en la que la inflamación supone un aspecto transcendental se ha relacionado con patologías cardiovasculares y endocrinas”, mencionadas anteriormente como la diabetes y la hipertensión. En estos últimos años, se ha producido un incremento enorme en los datos aportados por la investigación clínica y básica sobre la vinculación de la enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas, destaca el presidente de la sociedad española de periodoncia.

Generalmente, las personas no muestran señales de la enfermedad de las encías hasta que tienen 30 y 50 años (Carranza, 2010) y los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de tener enfermedad de las encías. Aunque rara vez los adolescentes desarrollan periodontitis, pueden desarrollar gingivitis, la forma más leve de la

enfermedad. Por lo general, la enfermedad de las encías se desarrolla cuando se deja que la placa se acumule a lo largo y por debajo de éstas.

Considerando la información antes planteada, es de vital importancia destacar, que a cada paciente se le ha de realizar exámenes clínicos y radiográficos para determinar la prevalencia de enfermedad periodontal que acuden a la consulta odontológica de la cátedra clínica integral del adulto en la Universidad José Antonio Páez ya que se observan una gran afluencia de pacientes que asisten a la consulta con enfermedades sistémicas y que a su vez presentan enfermedad periodontal, aun refiriendo tener conocimiento y control acerca de las enfermedades sistémicas.

Enmarcado en este contexto, se formula la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál será la prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes con enfermedades sistémicas que asisten a las clínicas integrales del adulto de la universidad José Antonio Páez en el periodo 2017II?

1.2- Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes comprometidos sistémicamente que asisten a consulta odontológica de la clínica integral de adulto en la universidad José Antonio Páez en el periodo 2017II.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar a los pacientes con enfermedad periodontal según edad y sexo que acuden a la consulta odontológica.
2. Especificar el tipo de enfermedad sistémica según edad y sexo en los pacientes que acuden a la consulta odontológica.
3. Clasificar el tipo de enfermedad periodontal de los pacientes comprometidos sistémicamente, según edad y sexo que acuden a consulta odontológica.

1.3 Justificación

Las enfermedades periodontales pueden variar desde una simple inflamación de encías hasta una enfermedad grave que puede afectar tejidos blandos y los huesos que sostienen los dientes, ocasionando daños más graves como por ejemplo la caída de las unidades dentarias hasta otras enfermedades.

La realización de la presente investigación adopta una importancia significativa para los estudiantes de odontología, ya que les permite conocer sobre las enfermedades periodontales en presencia de otras patologías o enfermedades sistémicas, representando una herramienta de estudio valiosa para poder canalizar a tiempo a los pacientes que se vean afectados por dichas patologías, permitiendo que sean remitidos a tiempo a especialistas encargados en el diagnóstico definitivo.

De igual manera, dicho estudio adquiere relevancia para los estudiantes y los profesionales del área, dado que ayudar con la evaluación y diagnóstico de los procesos y tratamientos que implementan para manejar los pacientes con condición

periodontal y enfermedades de índole sistémicas, con el propósito de concretar estrategias para un manejo efectivo de los mismos.

Del mismo modo, la presente investigación aporta información básica acerca de la enfermedad periodontal como un factor de riesgo a la salud, ante la presencia de enfermedades sistémicas de los individuos afectados. A su vez los estudiantes de odontología y profesionales en el área, teniendo conocimientos sobre las enfermedades periodontales y las sistémicas podrán ayudar a los pacientes sobre cuáles son las enfermedades sistémicas más comunes que influyen en la enfermedad periodontal, aportando información en cuanto a la importancia de mantener un adecuado control odontológico en el caso de padecer de una enfermedad sistémica por las reacciones que puede producir a nivel periodontal.

Además, este estudio sirve de referencia teórica a los estudiantes de odontología, odontólogos y profesionales de la salud, para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico, según Tamayo y Tamayo (2012) también llamado como marco de referencia, “Es el soporte conceptual de una teoría o de los conceptos teóricos que se utilizaron para el planteamiento del problema de un proyecto o una tesis de investigación.”

Este capítulo contiene los antecedentes y bases teóricas que sustentan la investigación. Se incluyen productos de investigaciones internacionales y nacionales. Las bases teóricas se centran en aspectos relacionados con la enfermedad periodontal y su relación con las enfermedades sistémicas.

2.1 Antecedentes

Se toma como antecedentes para esta investigación Rodríguez Raquel, Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus Cuba. Centro Odontológico de Araira, Miranda, Venezuela (2015). Realizaron una presentación de caso clínico titulado “Enfermedad periodontal inflamatoria asociada a un absceso pulmonar. Presentación de un caso”. En el trabajo los investigadores expresaron que a pesar, de que hay reportes de casos en la literatura internacional, que asocian la enfermedad periodontal con enfermedades respiratorias, sino se establece un adecuado manejo de esta última, puede evolucionar con una complicación sistémica como es el absceso pulmonar.

Este antecedente se relaciona con nuestra investigación ya que habla de enfermedad periodontal y una enfermedad sistémica a nivel pulmonar.

Con respecto a lo antes mencionado, Emilia Llerena (2015) Ecuador realizó un trabajo de grado titulado “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 médicos odontológica Veris; de acuerdo a los niveles de conocimiento de salud bucal en dicha población.”

En este se menciona que la enfermedad periodontal es una de las enfermedades más comunes de la cavidad bucal, tienen una alta incidencia en el País y son de origen multifactorial. El diagnóstico y la identificación de los factores de riesgo de la enfermedad son indispensables. El objetivo de esta investigación fue definir qué tipo de EP prevalece más al igual que el factor de riesgo más comúnmente asociado teniendo en cuenta la edad en la que se presenta. Para esto se tomó una muestra de 300 pacientes a los que se les realizó el examen clínico periodontal para recolección de datos, diagnóstico e identificación de factores de riesgo. Además se aplicó una encuesta para determinar el nivel de conocimiento de higiene en dicha población. Los resultados mostraron una mayor prevalencia de periodontitis asociada a mala higiene como principal factor de riesgo y un nivel regular de conocimiento de higiene bucal en la población estudiada.

De acuerdo a lo antes planteado el objetivo de estudio fue ilustrar cómo la enfermedad periodontal inflamatoria puede asociarse a un absceso pulmonar como complicación sistémica en su evolución. Concluyendo que la enfermedad periodontal inflamatoria puede evolucionar hacia la remisión si se adoptan las medidas protocolizadas para su tratamiento, sin embargo, siempre que esa enfermedad siga su curso natural o no se maneje adecuadamente puede evolucionar a complicaciones sistémicas como lo es el absceso pulmonar.

Esta investigación se relaciona con nuestro trabajo ya que involucra a enfermedades periodontales y sus afecciones a nivel sistémico.

Maelis Tamayo Márquez (2014) Venezuela realizó una investigación titulada “Comportamiento de las urgencias periodontales en pacientes de la Parroquia Olegario Villalobos, Maracaibo, Venezuela”. Cuyo objetivo fue, caracterizar el comportamiento de pacientes con urgencias periodontales. En este trabajo se realizó una investigación aplicada de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, en

los consultorios odontológicos de la Parroquia Olegario Villalobos, municipio Maracaibo, estado Zulia durante julio de 2008 a junio de 2010. Con un universo y muestra que coincidieron, de 258 pacientes que presentaron urgencias periodontales. Se estudiaron variables como: edad, sexo, urgencias periodontales y factores de riesgo, se utilizaron como indicadores los números absolutos y porcentajes.

Los resultados de dicha investigación consideró que la mayor cantidad de pacientes estuvo representada por el grupo de 19-34 años de edad con 65 pacientes (25,2 %), y por el sexo femenino con 152 (58,9 %). El mayor número resultó afectado por la estomatitis aftosa con 38 %. La higiene bucal deficiente prevaleció en 202 (78,3 %), sobre todo en el sexo masculino con 129 pacientes (63,9 %). Además, se concluyó que numerosos pacientes estuvieron afectados por la estomatitis aftosa entre 19-34 años de edad; existió predominio de higiene bucal deficiente en el sexo masculino. Las urgencias periodontales constituyeron un problema de salud bucal en la población de la Parroquia Olegario Villalobos.

De acuerdo con lo antes mencionado, nuestra investigación se relaciona a esta ya que se realizaron estudios en pacientes con enfermedad periodontal y su clasificación según edad, sexo.

La Academia Americana de Periodontología (AAP), en colaboración con la Federación Europea de Periodoncia (EFP) (mayo 2013), ha publicado una serie de informes de consenso que analizan la evidencia científica que vincula a las enfermedades periodontales, específicamente la periodontitis, con otras enfermedades sistémicas, como la diabetes, la enfermedad cardiovascular. El consenso (AAP-EFP), informa también sobre las recomendaciones identificadas para investigaciones futuras, tales como estudios de intervención bien diseñados y ensayos clínicos aleatorizados, para mejorar la comprensión de lo que una periodontitis produce y el impacto del tratamiento periodontal en la salud general.

Barcia Ulloa, Denisse Valeria (Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2013) Ecuador realizaron una investigación titulada “Incidencias de

cardiopatías producidas por enfermedades periodontales”. Los investigadores realizaron un tipo de investigación de tipo descriptiva, dentro de éste podemos observar 2 métodos específicos con técnicas particulares. Se distinguen los elementos de un fenómeno y se procede a revisar ordenadamente cada uno de ellos por separado. Las experiencias obtenidas en base a los estudios citados en los antecedentes y el desarrollo de toda la investigación, han sido la fundamental herramienta para emitir la conclusión final de esta investigación. Luego de haber procesado la información utilizada hemos llegado a determinar que: El grado de relacionamiento entre las enfermedades periodontales y las algunos tipos de cardiopatías es considerablemente alto. mencionan que recientemente varios estudios han determinado el grado de relación existente entre las cardiopatías y las enfermedades periodontales. Es un hecho científico acreditado ya de que las enfermedades de tipo periodontales son causadas por microorganismos bacterianos existentes en la cavidad oral.

Este antecedente se relaciona con nuestra investigación porque se estudia la relación de enfermedades periodontales y cardiopatías.

Gallardo Kevin, Guevara Raúl (2011) Venezuela Realizaron una investigación titulada “Relación de las enfermedades periodontales con las enfermedades cardiovasculares en los pacientes del seguro social de Yagua, Municipio Guacara en el periodo enero 2008- enero 2009”, su propósito fue dar a conocer la relación que existe entre las enfermedades cardiovasculares con la etiología de la enfermedad periodontal en Venezuela. Estudio descriptivo, con una población de 54 pacientes y su muestra fue un total de 16 pacientes. En sus objetivos específicos se encontraban: Caracterizar epidemiológicamente la muestra en estudio, diagnosticar el tipo de enfermedad periodontal, identificar el tipo de enfermedad sistémica. Concluyeron que el sexo que predominó fue el femenino y que la enfermedad periodontal que más prevalece es la periodontitis crónica, siendo la enfermedad cardiovascular más común la hipertensión arterial y la relación que existe entre estas enfermedades son de forma lineal.

Este antecedente se relaciona con nuestra investigación ya que se estudiaron enfermedades periodontales y enfermedad sistémica.

A continuación se presentan los estudios relacionados con respecto a los gráficos de la investigación:

Plaza y Soto (2014) en México, realizaron una investigación donde se determinó que los pacientes del sexo femenino y mayores de 45 años suelen tener mayor tendencia a padecer enfermedades periodontales.

Peña (2012) realizó una investigación española sobre salud bucal, donde más del 50% de los pacientes reunieron estas dos características: hipertensión y diabetes, debido a que los tratamientos antihipertensivos provocan una hipertrofia gingival.

Quisiguiña (2009), realizó una investigación donde se demuestra que la diabetes aumenta con la edad, por lo que su incidencia es muy alta en los sujetos de edad superior a los 65 años.

Raven (2008), realizó una investigación donde revela que entre el 30 y 40% de los diabéticos padecen hipertensión.

Hernández et (2011), realizó una investigación donde se estudiaron las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de la enfermedad periodontal según su intensidad.

2.2 Bases teóricas

La sección bases teóricas comprende el conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un punto de vista o enfoque determinado, dirigido a explicar el fenómeno o problema planteado (Arias, 2006). En base a esta definición, seguidamente se procede a ubicar los componentes del problema detectado dentro de enfoques teóricos específicos.

2.2.1 Salud Pública

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente,

controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (Milton Terris 1992).

2.2.2 Epidemiología

La epidemiología es una ciencia extremadamente rica y compleja ya que debe estudiar y sintetizar los conocimientos de las ciencias biológicas, del hombre y de sus parásitos de las numerosas ciencias del medio ambiente y de las que se refieren a la sociedad humana. (Milton Terris 1980).

2.2.3 Prevalencia

La prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo determinado.

2.2.4 Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal es un grupo de patologías que afectan a los tejidos de soporte del diente, que a su vez son causadas por irritantes o agentes locales que causan inflamación y destrucción de tejidos periodontales, entre ellos se encuentran la gingivitis y periodontitis. (Carranza, 2010).

La primera manifestación de la enfermedad periodontal es la gingivitis, cuya principal característica es la encía inflamada y enrojecida, disminuida en su contorno, que sangra fácilmente y que de no ser atendida rápidamente, ocasiona la periodontitis, en donde los tejidos que soportan al diente a nivel de la fibra periodontal se pierden, ocurriendo una retracción gingival que puede ir acompañada de cierta movilidad dental, llegando posteriormente a una movilidad bastante notoria, retrayendo la encía dejar el cuello expuesto y finalmente a la destrucción irreversible del hueso que rodea al diente. (Barry, 2010).

Se ha investigado con amplitud los cambios morfológicos y funcionales en la encía durante la acumulación de placa, sobre todo en perros de Beagle y seres

humanos, desarrollándose un marco conceptual útil para la organización y consideración de estos datos basados en características histopatológicas, radiográficas, ultraestructurales, y las medidas bioquímicas. La secuencia de eventos que se acumulan en la gingivitis clínicamente se divide en cuatro etapas. (Carranza, 2010).

2.2.5 Clasificación de la Gingivitis

Lesión inicial gingival: Las primeras manifestaciones de la inflamación gingival son cambios vasculares que consisten en la dilatación de capilares y aumento de la circulación sanguínea (vasculitis subepitelial). Estos cambios inflamatorios iniciales ocurren en respuesta a la activación microbiana de leucocitos residentes y la consiguiente estimulación de las células endoteliales. Esta reacción de la encía a la placa bacteriana (gingivitis subclínica) no es perceptible desde el punto de vista clínico.

Lesión gingival temprana: Conforme el tiempo transcurre pueden aparecer signos clínicos de eritema, en especial proliferación de capilares y mayor formación de asas capilares entre las proyecciones intermaxilares. También se puede observar hemorragia al sondaje. Los principales grupos de fibras que se afectan son las circulares y las dentogingivales.

Lesión gingival avanzada: La extensión de la lesión hacia el hueso alveolar caracteriza una cuarta etapa denominada lesión avanzada o etapa de destrucción periodontal, existirán cambios en la superficie de la encía, pues no se presentará con el aspecto normal de piel de naranja, si no bien tensa y lisa. Se presentará más blanda y presionable. En resumen, la encía se presentará más hiperplásica y con la inserción del epitelio de unión mucho más apical, lo que generará un espacio crevicular muy profundo (saco gingival), lo que desencadena la pérdida de inserción progresiva de la pieza dentaria afectada y la reabsorción del hueso alveolar asociado.

En la actualidad, se conoce que el agente etiológico por excelencia de las enfermedades periodontales es la placa dental o bacteriana, sustancia compuesta por

microorganismos y restos de alimentos en descomposición, que se incrusta en la línea de contacto de la encía y el diente (Liebana 1998). Además de caries esta ocasiona la aparición de las primeras manifestaciones gingivales, precursoras de la periodontitis.

Por tanto, las manifestaciones clínicas de la destrucción periodontal son el resultado de la interacción de los tejidos periodontales con la placa bacteriana lo que genera cambios en su estructura histológica evidenciándose clínicamente con lesiones y características de inflamación, permitiendo clasificar las patologías por sus efectos en el periodonto. (Carranza 2010), clasifico las enfermedades que afectan al periodonto de la siguiente manera:

Enfermedad gingival inducida por placa dental, estas enfermedades se presentan en el periodonto sin pérdida o con pérdida de inserción que se encuentra estable o no avanzada. Esto indica que la gingivitis puede ser el diagnóstico para la inflamación de los tejidos gingivales relacionados por un diente sin pérdida previa de inserción o por un diente que ha presentado pérdida de inserción.

Lesión gingival no inducida por placa, son raras las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas que producen lesiones en los tejidos del periodonto. Estos aspectos se observan en grupos socioeconómicos bajos, en países en desarrollo y en individuos con deficiencias inmunes.

2.2.6 Clasificación de la periodontitis

· Periodontitis crónica: es la forma más frecuente de periodontitis siendo más prevalente en adultos pero puede presentarse en niños; se vincula con la acumulación de placa y cálculo y suele tener un ritmo de progresión lento ha moderado, pero se observan periodos de progresión más rápida. En este tipo de periodontitis se debe clasificar también según el tipo y forma de pérdida ósea, el tipo depende de los milímetros es decir de 3 a 5 mm la pérdida ósea se clasifica como leve, de 5 a 7 es moderada y de 7 en adelante es avanzada. Según su forma es horizontal o vertical. (Según, Carranza 2010)

· Periodontitis aguda: diferente de la periodontitis crónica básicamente por la rapidez de la progresión en personas por lo demás sanas, ausencia de grandes acumulación de placa, cálculo y antecedentes familiares de enfermedades agresivas, que señala un rasgo genético. Aunque la presentación clínica de la enfermedad agresiva es universal, los factores casuales no siempre aparecen con regularidad. En este tipo de periodontitis se debe clasificar también según el tipo y forma de pérdida ósea, el tipo depende de los milímetros es decir de 3 a 5 mm la pérdida ósea se clasifica como leve, de 5 a 7 es moderada y de 7 en adelante es avanzada. Según su forma es horizontal o vertical.

El diagnóstico de este tipo de periodontitis es aplicable cuando la enfermedad general es el factor predisponente principal, y factores locales como grandes cantidades de placa y cálculo no son evidentes. En caso de que tal destrucción periodontal sea el resultado claro de factores locales y que se exacerbe por la aparición de enfermedades como la diabetes mellitus o virus del HIV, el diagnóstico debe ser el de periodontitis crónica modificada por factores sistémicos. En esta perspectiva, es necesario acotar que la ponderación de la enfermedad periodontal es posible mediante la exploración clínica, con bases de índice de inflamación y el compromiso de la mucosa gingival.

En este contexto, es determinante señalar que en el proceso de instauración de la enfermedad periodontal, como acota murrah (1999), la relación del huésped es determinante; por ello, es importante tener presente la existencia de condiciones que afecten la reacción normal del paciente y la respuesta a estímulos negativos, ya que en condiciones de enfermedades sistémicas dicha respuesta se ve afectada por lo que se consideran factores de riesgo de la enfermedad periodontal, es decir, atributos o condiciones que incrementan la posibilidad de ocurrencia de la enfermedad. (Según, Carranza 2010).

2.2.7 Enfermedades hormonales

2.2.7.1 Diabetes

La diabetes mellitus es una enfermedad muy importante desde el punto de vista periodontal, se trata de un trastorno metabólico complejo caracterizado por hiperglucemia crónica. La menor producción de insulina, la disfunción de la acción de la insulina o una combinación de ambas producen una incapacidad de la glucosa para transportarse en el torrente sanguíneo y llegar a los tejidos tisulares. (Según, Carranza 2010).

Esta enfermedad endocrina presenta dos tipologías: la diabetes tipo I o insulino dependiente y la tipo II o no insulino dependiente. Así, la diabetes tipo I que representa el 10% de todos los diabéticos, suele aparecer durante la pubertad, con la siguiente sintomatología: polidipsia, poliuria y polifagia (necesidad de beber, orinar y comer constantemente). Estos pacientes precisan tratamiento con administración de insulina para compensar su carencia.

Por su parte, la diabetes tipo II suele aparecer a partir de los 40 años y de forma gradual, generalmente es asintomática y los pacientes con frecuencia son personas obesas; un número menor de pacientes, comparativamente a los que sufren tipo 1, necesitan tratamiento con insulina, pudiendo estar controlados con una dieta adecuada.

Los desórdenes metabólicos conocidos como diabetes mellitus, por lo general, son clasificados según la tipificación elaborada por Zachariasen (2004).

1.- Diabetes mellitus I: Abarca la mayoría de los casos relacionados con procesos autoinmunitarios o de etiología desconocida; clínicamente, la diabetes de este tipo también conocida como insulino dependiente se caracteriza por su aparición temprana, con insulina plasmática baja o nula y autoanticuerpos contra células pancreáticas; los pacientes son sensibles a sufrir descompensaciones severas, como el coma diabético.

2.- Diabetes tipo II: en este paciente, los mecanismos son diferentes y también son variadas las posibilidades de aparición de glucosa sanguínea elevada; se describen dos mecanismos principales: deficiencia relativa o resistencia insulínica. Se desconoce su etiología específica, no está asociada a procesos autoinmunitarios como la diabetes tipo I, pero hay una fuerte predisposición genética y relación con obesidad y distribución abdominal de grasa.

3.- Diabetes secundaria asociada a otras condiciones síndromes: es aquella en la que los factores identificables causan el incremento de glucosa en sangre, entre los que se encuentran enfermedades pancreáticas, hormonales, fármaco y síndromes genéticos.

4.- Intolerancia a la glucosa: estado metabólico intermedio entre la homeostasis de glucosa normal y diabetes; no se considera totalmente como entidad patológica por sí misma, pero si factores de riesgo para diabetes mellitus y enfermedad cardiovasculares.

5.- Diabetes mellitus gestacional: Como su apelativo lo indica, se presenta durante el embarazo, mostrando frecuentemente resistencia a la insulina; por lo general aparece después del parto.

La asociación americana de diabetes (AAD, 2002) expresa que la diabetes mal controlada de tipo 1 y 2 puede conllevar a complicaciones crónicas como arterosclerosis, neuropatías y retinopatía; en fin, los diabéticos no diagnosticados o aquellos a quienes se les ha efectuado el diagnóstico como tales no sigan tratamiento o de quienes se sospeche que la terapia no está siendo seguida adecuadamente, constituyen sujetos especialmente vulnerables a la aparición de complicaciones que ponen en peligro su salud y su vida.

La diabetes mellitus, como alteración metabólica, tiene una interrelación muy estrecha con las infecciones orales, pues actúa como un factor predisponente que aumenta la susceptibilidad de los tejidos periodontales a la actividad microbiana. En efecto, existe una serie de mecanismos fisiológicos alterados en el paciente diabético

que reduce la capacidad de cicatrización de los tejidos después de la agresión bacteriana, donde una de las más comunes manifestaciones orales de la diabetes es un aumento de la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal.

2.2.8 Enfermedades cardiovasculares

Son todas aquellas enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos, (arterias y venas):

2.2.8.1 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es la enfermedad sistémica más frecuente en la población adulta. Se define como el aumento sostenido de la presión arterial por arriba de 140mm/hg para la presión sistólica y superior a 90mm/hg, para la presión diastólica (Blanco, 2002).

Para Gutiérrez (2005), la hipertensión arterial “es la elevación sostenida de la presión sistólica, la diastólica o ambas que producen complicaciones sistémicas mortales” (p, 105) Aunque en sus inicios es asintomática e inocua la hipertensión arterial con el tiempo va a tener repercusiones en todos los tejidos y órganos y seguidamente puede provocar la muerte.

Dependiendo de su etiología la hipertensión arterial puede clasificarse en primaria y secundaria, así pues, en la hipertensión primaria idiopática tal vez es originada por factores genéticos traducidos en defectos en la excreción renal de sodio o trastornos en el transporte de calcio sodio en los músculos de los vasos sanguíneos, mientras que la hipertensión secundaria corresponde al 10% de los casos y se les denomina de esta manera por ser secundaria a otros padecimientos, principalmente nefropatía, problemas endocrinos, vasculares o neurogenos.

La hipertensión arterial directamente no afecta al estado periodontal del huésped, sin embargo, los medicamentos indicados para el tratamiento de esta enfermedad producen ciertos síntomas que afectan el periodonto, tal es el caso de la xerostomía que al permanecer latente produce: inflamación gingival, hiperplasia gingival y en mayor gravedad periodontitis.

2.2.8.2 Arteriosclerosis.

La arteriosclerosis es un tipo de alteración cardiovascular caracterizado por el adelgazamiento y endurecimiento de las arterias; que podría ocurrir espontáneamente. Cuando una persona padece de aterosclerosis, las paredes internas de las arterias se estrechan debido a la acumulación de placa. La placa es el resultado de depósitos de grasa, colesterol y otras sustancias. Se forman coágulos de sangre que obstruyen el flujo sanguíneo; esto puede provocar ataques cardíacos y derrames cerebrales, el colesterol elevado en sangre, fumar, la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad y ser físicamente activo, le colocan un riesgo mayor de padecer aterosclerosis. (OMS, 2010).

2.2.8.3 Insuficiencia cardíaca.

La insuficiencia cardíaca se debe a que el corazón no es capaz de bombear sangre al organismo tan bien como debería hacerlo no significa que el corazón se detiene literalmente. La insuficiencia cardíaca se desarrolla lentamente y puede tener impacto importante en la vida de la persona y en su capacidad para realizar actividades cotidianas como vestirse bañarse desplazarse (OMS, 2010).

2.2.8.4 Angina de pecho

Es el resultado de una discrepancia entre las demandas de oxígeno del miocardio y la incapacidad de las arterias coronarias para satisfacerlas, debido a la disminución en el lumen arterial, al espasmo de la arteria coronaria, o menos frecuentemente al desprendimiento y embolización de un fragmento de la placa ateromatosa. Se caracteriza por dolor opresivo y abrumador en el pecho, que se irradia hacia el hombro y brazo izquierdos, hasta la punta del cuarto y quinto dedos, y en ocasiones cuello, mandíbula y cara del mismo lado. Se acompaña además de la sensación de muerte inminente.

Un cuadro de angina tiene la particularidad de durar segundos o minutos (< 20) y curar con el reposo. El paciente durante el ataque adopta una posición fija y suele llevarse el puño al pecho (signo de Levine). Cualquier situación física o psicológica

que incremente la demanda miocárdica de oxígeno más allá de la capacidad de las arterias coronarias para proveérsela, pueden desencadenar este cuadro.

2.2.8.5 Arritmia cardíaca

Arritmia es el término genérico que se emplea para un grupo de trastornos de la conducción de los impulsos eléctricos del corazón. Cuando se presentan contracciones anormalmente rápidas de origen auricular, auriculoventriculares o de los ventrículos, se definen como taquiarritmias, en cambio cuando el ritmo del corazón es lento o existe un bloqueo en la conducción, son definidas como bradiarritmias o bloqueos cardíacos. TAQUIRITM Se cataloga como taquiarritmia a trastornos en los cuales la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, sin embargo, podrían observarse frecuencias menores. Pueden presentarse de manera paroxística gradual, ser episódicas o asociadas a infarto del miocardio o a sobredosificación por medicamentos digitálicos; en ocasiones puede presentarse de manera recurrente, cuando existen alteraciones orgánicas irreversibles del corazón. Por su etiología las taquiarritmias se clasifican en:

a. Primarias.

b. Secundarias al uso de fármacos, isquemia, anoxia, traumatismo o cambios electrolíticos. c. Debidas a cardiopatías estructurales que provoquen cambios en el impulso eléctrico del corazón.

2.2.8.6 Infarto al miocardio

Consiste en una zona localizada de necrosis del músculo cardíaco, que se produce como resultado de una isquemia aguda y sostenida del aporte sanguíneo en alguna de las ramas de las arterias coronarias. En los últimos 30 años ha habido una reducción importante, hasta en 25%, en la incidencia de este trastorno, gracias al control de los factores de riesgo. También el desarrollo de unidades de terapia coronaria ha contribuido a disminuir la tasa de mortalidad posinfarto, sin embargo, el infarto del miocardio sigue siendo la manifestación primera de cardiopatía coronaria y la causa de muerte en la población.

La etiología y patogenia son similares a la de angina de pecho, pero cabe destacar que la causa más importante de infarto, en el 97% de los casos, es el desarrollo de un trombo oclusivo en una placa aterosclerótica preestablecida en una arteria coronaria; contribuyen a la oclusión la erosión de la placa ateromatosa, la que sea proclive a la formación de trombos, y la liberación de mediadores químicos productores de vasoconstricción.

2.2.9 Enfermedades Hematológicas

Conforman un grupo de trastornos que dependiendo de la célula sanguínea afectada puede predisponer al individuo al desarrollo de infecciones, hemorragia, problemas de reparación y de mala oxigenación. (Castellano, 2002).

La sangre es un fluido viscoso constituido por plasma y elementos celulares, los leucocitos, eritrocitos y plaquetas, en el plasma se encuentran además factores de coagulación, proteínas que regulan el transporte de sustancias o el pH, así como elementos nutritivos agua y electrolitos, las células sanguíneas son: Eritrocitos, leucocitos, granulocitos, neutrófilos, basófilos, linfocitos, linfocitos B, linfocitos T, monocitos y plaquetas.

2.2.9.1 Anemia:

Castellano (2002) la define como “la disminución de la hemoglobina funcional disponible” (p, 138). La anemia se presenta cuando existe un desequilibrio entre la eritropoyesis y la utilización, destrucción o eliminación de los eritrocitos. Se infiere que un paciente padece de anemia cuando sus valores de hemoglobina están por debajo de 14g/d, hematocritos menos 41% eritrocitos menor a 4.4 millones/mm³ de sangre.

Castellano (2002), clasifica la anemia en tres tipos, siendo estas: normocromica o normocitica, hipocromica o microcíticas, macrocíticas o megaloblasticas. Una variedad de anemia, como lo es la anemia hemoliticatalacemia, presenta cambios óseos, que radiográficamente, se aprecian como adelgazamiento de la lámina dura

además de observarse una migración gingival acompañada de movilidad dental lo que se puede traducir como enfermedad periodontal.

2.2.9.2 Policitemia

Con este término se conoce al trastorno que se caracteriza por un aumento de la masa eritrocitaria global corporal. Es importante para su diagnóstico confirmar que se incremente no sólo la cuenta de eritrocitos, el hematocrito y la hemoglobina, sino que a través de técnicas de dilución con radioisótopos se determine que la masa total de hematíes supere los estándares de normalidad.

Cuando los valores de glóbulos rojos, hemoglobina y hematocrito se elevan sin que exista un incremento global verdadero de los eritrocitos se define como policitemia relativa o pseudopolicitemia (seudopoliglobulia), que suele presentarse por deshidratación y en el síndrome de Gaisbock (poliglobulia de estrés), observada esta última principalmente en varones de edad media, obesos, hipertensos, hiperglicémicos, que cursan con dislipidemias e hiperuricemia y que frecuentemente son fumadores.

Estas personas, a pesar de no sufrir deshidratación demostrada, tienen un volumen plasmático disminuido en relación con el volumen de hematíes, lo que los coloca en riesgo de eventos tromboembólicos. El hábito de fumar afecta doblemente, por un lado probablemente la nicotina juegue un papel importante en la diuresis y por ende en el menor volumen plasmático y por el otro se observan fenómenos obstructivos e irritativos en los alvéolos pulmonares que reducen el intercambio de oxígeno. La combustión también “juega” su papel, pues el humo transporta menos oxígeno que el aire.

2.2.9.3 Leucocitosis

El incremento en el número de leucocitos en la sangre es una respuesta de la médula ósea a diversos estímulos fisiológicos y patológicos, especialmente a la liberación de mediadores químicos producidos en tejidos severamente dañados. Las causas pueden ser tan diversas como necrosis por isquemia (infartos), intoxicación,

quemaduras, infecciones, intervenciones quirúrgicas, traumatismos severos y estrés de cualquier origen. El incremento numérico de los glóbulos blancos suele derivar del aumento de alguna de las líneas celulares, por lo que su identificación puede orientar al clínico en el diagnóstico.

2.2.9.4 Leucemia

Son neoplasias malignas que se caracterizan por la proliferación anormal e incontrolada de las células germinales que dan origen a los leucocitos, lo que determina contrastantemente una insuficiencia en la formación del resto de las células sanguíneas, como eritrocitos y plaquetas. Las cuentas leucocitarias sanguíneas aumentan marcadamente y el grado de madurez de estas células es variable. La reproducción autónoma de las células leucémicas excede en número y sustituye a los elementos medulares normales; también proliferan en otras partes del sistema retículo endotelial como bazo, hígado y ganglios linfáticos, y pueden invadir órganos o tejidos no hematológicos tales como meninges, tubo digestivo, riñones, piel y encía.

La clasificación actual de las leucemias es muy compleja; una manera práctica de clasificarlas se basa en el tipo de rama leucocitaria afectada y en la diferenciación citológica, la cual determina el grado de agresividad clínica. Por el tipo celular pueden ser:

- a. Granulocíticas (mielocíticas).
- b. Monocíticas.
- c. Linfocíticas.

Por su madurez o diferenciación citológica se clasifican en:

Leucemias agudas. En ellas el infiltrado medular consiste básicamente en células inmaduras (blastos); pueden a su vez dividirse en leucemias linfoblásticas (linfocíticas) o no linfoblásticas (mielógenas). Las primeras son más frecuentes en niños, en quienes las complicaciones al sistema nervioso central suelen ser frecuentes; las leucemias mielógenas agudas se presentan en adultos, existiendo siete tipos celulares distintos. El cuadro clínico de estas neoplasias inicia súbitamente

y de manera agresiva, sobreviniendo sin tratamiento la muerte. Las cifras de leucocitos inmaduros en la circulación pueden ser muy elevadas, aunque lo contrario también ocurre, presentándose en ocasiones menos de 2,000 leucocitos/mm³ de sangre. Suelen acompañarse de anemia normocítica normocrómica y trombocitopenia.

Leucemias crónicas. Se caracterizan porque el infiltrado de la médula se conforma en su mayor parte de células maduras y bien diferenciadas, lo que hace que tengan un curso clínico benigno. En las leucemias crónicas no tratadas la cifra de leucocitos en sangre periférica es alta la mayor parte de las veces. Debido a que en ocasiones no se presenta sintomatología, el diagnóstico podría ser casual; sin embargo, suelen evolucionar a una fase aguda con las consecuencias descritas para esa variedad. La enfermedad puede entrar en remisión durante largos periodos, sin embargo el hecho de tener una tasa de crecimiento menor que las agudas, hace a este tipo de leucemias menos sensibles al tratamiento con quimioterapia.

2.2.10 Enfermedades virales

2.2.10.1 Hepatitis virales

Aunque se han reportado varios virus hepatotrópicos convencionales responsables de la hepatitis viral, han sido descritos 7 tipos principales de hepatitis de origen viral y son: de tipo A, B, C, D, E, F y G. La hepatitis C representa la mayor parte de los casos de hepatitis denominada anteriormente no A no B. La hepatitis tipo B parece tener la mayor repercusión odontológica, aunque la C tiene muchos rasgos en común con ella, la hepatitis tipo A es la más frecuente y a la vez la más benigna, es poco agresiva y no deja secuelas, muy por el contrario con lo que acontece con la hepatitis tipo B y la hepatitis viral D, siempre en asociación la última de la primera.

Todos los virus hepatotrópicos tienen la capacidad de desarrollar infección aguda del hígado pero sólo las B, C y D ocasionan formas crónicas de enfermedad. Es importante destacar que además de los virus hepatotrópicos ya mencionados, existen

otros capaces de producir hepatitis aguda como manifestación clínica inicial es el caso de los de la familia del herpes virus (EBV, CMV, HSV, VZV y HHV6), de la rubeola, sarampión, Coxsackie, fiebre amarilla y ébola. CUADRO CLÍNICO Las hepatitis virales pueden tener un curso agudo o crónico asociándose a tipos específicos de virus, todos tienen la capacidad de producir hepatitis viral aguda y sólo los de tipo B, C y D se asocian a hepatitis viral crónica y hepatocarcinoma.

En clínica el cuadro de todas las hepatitis virales es muy similar, manifestándose de forma prácticamente asintomática o subclínica hasta estados graves de hepatitis fulminantes dependiendo del tipo. El cuadro clínico común de las hepatitis virales se debe a la lesión que cada tipo específico de virus ocasiona en el parénquima hepático y tejidos accesorios como vasos y conductos biliares produciendo lesiones que van desde un infiltrado inflamatorio reversible acompañado de colangitis ictérica de carácter transitorio y reversible, hasta necrosis de los hepatocitos (focal, multilobulillar o masiva) e infiltración de células mononucleares, con posibilidad de esteatosis, fibrosis focal, cirrosis y en su defecto, carcinoma hepático.

2.2.10.2 Infección por VIH o SIDA

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica, de curso progresivo e irreversible, la cual produce disminución de la resistencia inmunológica celular, que permite desarrollar infecciones oportunistas y/o neoplasias malignas que eventualmente conducen a la muerte del individuo afectado.

Los primeros informes de la enfermedad hoy conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) aparecieron a mediados de 1981 en el Reporte Semanal de Morbilidad y Mortalidad de los Centros para el Control de Enfermedades de EUA. Dichos casos se caracterizaron por la presencia de infecciones oportunistas graves (neumonía por *Pneumocystis carinii*) y sarcomas de Kaposi en varones homosexuales previamente sanos, quienes presentaban como factor común la

evidencia de alteraciones en el sistema inmune celular. En 1983 Barré-Sinoussi y colaboradores en París y en 1984 Gallo y colaboradores en EUA aislaron respectivamente a los retrovirus LAV (virus asociado a linfadenopatía) y HTLV-III (virus linfotrópico de células T humanas), los cuales fueron reconocidos como los agentes etiológicos del SIDA. Estudios posteriores demostraron que ambos virus eran uno solo, por lo que en el año de 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó denominarlo virus de inmunodeficiencia humana.

Se reconocen dos serotipos de este virus: el VIH-1 y VIH-2, en la mayor parte de casos registrados a nivel mundial son producidos por el VIH-1.

2.2.10.3 Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, crónica, granulomatosa, contagiosa, causada principalmente por el *Mycobacterium tuberculosis* (M. tuberculosis), que afecta en especial a los pulmones, pero puede dañar otros órganos y tejidos. Las repercusiones que tiene esta infección se traducen en serios problemas familiares, económicos y sociales, además de producir incapacidad y muerte. Por su fuerte asociación con la pobreza y el hacinamiento es una enfermedad que nunca ha sido erradicada de los países subdesarrollados. Se considera que la tercera parte de la población de nuestro planeta sufre esta infección. La OMS pronostica que 30 millones más podrían morir en el próximo decenio de no encontrarse la manera de controlarla.

2.2.11 Enfermedades inmunitarias

2.2.11.1 Artritis reumatoide

Enfermedad inflamatoria inmunopatológica de etiología desconocida. Preponderantemente se presenta en los tejidos sinoviales de las articulaciones diartrodiales y puede presentarse en otros órganos y tejidos.

Se ha observado que existe una predisposición genética, ya que por determinaciones de los complejos mayores de histocompatibilidad (MHC) y antígenos leucocitarios humanos (HLA), se ha encontrado que los portadores de

subtipos Dw4, Dw14, Dw15 y HLA-DR4 son más sensibles a sufrir artritis reumatoide.

No hay una explicación clara de cómo esta determinación genética pueda exponer al riesgo de la enfermedad; sin embargo, se presume que el individuo pudiera aceptar con facilidad a agresores microbianos con los que se le ha asociado, como estreptococos, micoplasma, clostridios, difteroides, parvovirus, citomegalovirus y virus Epstein-Barr, además de aumentar con ello las posibilidades de reacciones inmunitarias cruzadas. Otra posibilidad es que virus y material genético se parezcan, y con ellos produzca una respuesta inmunitaria en contra de éste, observándose una disfunción en el reconocimiento inmunitario.

Ha sido reportada una similitud molecular entre fracciones de virus Epstein-Barr y el subtipo HLA-DR. Una tercera opción ofrecida es que alguna de estas enfermedades infecciosas que en su presentación primaria tienen manifestaciones articulares, presente un tropismo a estas estructuras, permaneciendo en ellas o produciendo cambios fenotípicos suficientes para inducir a una respuesta inmunitaria de autodestrucción, posterior a modificaciones sustanciales en el DNA de las células sinoviales y condrales.

2.2.11.2 Síndrome de sjörgen

Es una enfermedad inmunitaria compleja donde parece combinarse procesos tipo II, III y IV, de tal forma que por participación linfocítica y de células plasmáticas (productoras, en el caso de esta enfermedad, de autoanticuerpos), el tejido glandular exocrino es destruido, en particular el lagrimal y el salival. La formación de complejos inmunitario favorece la aparición de manifestaciones extraglandulares (artritis no erosiva, fenómeno de Raynaud*). El síndrome de Sjögren puede ser primario, condición que lo asocia a la transformación maligna con la aparición de Linfomas.

2.2.12 Enfermedades respiratorias

2.2.12.1 Asma

Enfermedad pulmonar caracterizada por la obstrucción, inflamación e hiperrespuesta de las vías respiratorias. Es uno de los trastornos crónicos más frecuentes en la población infantil y en los adolescentes. Su prevalencia ha aumentado en los últimos años en los países industrializados, quizá por el incremento en la contaminación ambiental. Se calcula que entre 5 y 7% de la población sufre asma, cifra que aumenta hasta 20% en los niños, sobre todo los de sexo masculino.

Esta enfermedad ocupa el lugar número 9 como causa de defunción en este grupo de población. Al llegar a la adolescencia la prevalencia disminuye, entonces las mujeres son las más afectadas. Con el paso de los años la enfermedad tiende a desaparecer, sin embargo si el paciente llega a la edad adulta, el asma se convierte en una enfermedad que difícilmente será erradicada.

2.2.12.2 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Se define al cuadro clínico que se caracteriza por hipersecreción bronquial que genera tos y esputo, que dura más de tres meses al año, por dos años consecutivos. La hipersecreción es provocada por irritación de las vías respiratorias, que lleva a una hiperplasia glandular de la mucosa bronquial y de la tráquea, así como al estrechamiento de las vías aéreas. La bronquitis crónica es una enfermedad frecuente que se relaciona en especial con el hábito de fumar. Afecta a 15% de la población y se observa especialmente en personas de ambos sexos mayores de 40 años.

Está bien establecido que el hábito de fumar es el factor etiológico más importante, ya que entre mayor número de cigarrillos por día se consuman, mayor es la posibilidad de desarrollar bronquitis crónica, enfisema, limitación crónica del flujo ventilatorio y muerte. Se calcula que sólo de 15 a 20% de los que fuman más de 20 cigarrillos al día presentarán EPOC.

2.2.13 Enfermedades Neuropsiquiátricas

2.2.13.1 Epilepsia

Llamadas también crisis convulsivas, son trastornos de la función cerebral de aparición e intensificación súbita (paroxísticos) y recidivantes, los episodios son de

carácter sú- bito y por lo común breves, pero interfieren con las funciones fisiológicas normales, presentándose con alteración de la consciencia, actividad motora tónica o clónica de las extremidades, fenómenos sensitivos y de conducta, todo ello por una descarga anormal y excesiva de las neuronas cerebrales

Cabe la pena resaltar, que una convulsión no es sinónimo de epilepsia, se requiere de la presentación de un cuadro recurrente de ataques para establecer el diagnóstico, dicho de otra forma, el término de epilepsia se aplica a los estados convulsivos de cualquier tipo y etiología que son de repetición. Estadísticamente la reaparición de las crisis ocurre con frecuencia durante el primer año de vida; después de una primera crisis la posibilidad de recurrencia es de 16 a 61%, después de dos crisis, la probabilidad de que se presente una tercera es casi de 85%.

Cabe destacar, que ni los ataques convulsivos eventuales ni los estados epilépticos definen a un tipo específico de enfermedad, ya que estrictamente son un conjunto de signos o síntomas comunes que forman parte de un trastorno neurológico más complejo con etiología variable (estructural, bioquímica, genética, etc.) y mecanismos poco entendidos, de ahí su dificultad para tratamiento y manejo.

2.2.14 Alteraciones digestivas

2.2.14.1 Gastritis

Es la inflamación de la mucosa de revestimiento del estómago que se produce entre otras razones por el uso de ácido acetilsalílico y otros AINE, ácidopepsina, por consumo de alimentos irritantes, alcoholismo crónico, depresión, estados de estrés (que generan un incremento en la producción de ácido) y envejecimiento. Es bien conocido el hecho de que el epitelio que constituye a la mucosa gástrica tiene una sorprendente capacidad de resistencia natural a la acción de las enzimas proteolíticas del jugo gástrico, por tanto se le confiere a muchos de estos factores “agresores” un carácter más de tipo complicante que etiológico

2.2.14.2 Úlceras pépticas gástricas y duodenales

Enfermedades caracterizadas por lesiones depresivas crónicas que se extienden de la mucosa gastrointestinal hasta la capa muscular propia, casi siempre aisladas y ubicadas en cualquier lugar del tubo digestivo expuesto a la agresión de los jugos ácido pépticos, por tanto se le considera una “autodigestión” y/o un fracaso en la capacidad epitelial defensiva. La mayoría de las úlceras se ubican en el duodeno o el estómago, siendo (4:1) más frecuentes las primeras, entre ambas existen diferencias no sólo de localización, también en cuanto a su patogenia ya que intervienen distintos factores tanto genéticos como ambientales, y mecanismos fisiopatológicos diversos.

Actualmente se considera a las úlceras pépticas una falla en los mecanismos de los que dependen el éxito o fracaso en la cicatrización de heridas, los cuales se ven superados, interviniendo para ello fallas en la integridad mucosa en sus tres líneas de defensa como son la preepitelial, la epitelial y la posepitelial, lo anterior mediante la producción o la alteración de la secreción de moco, bicarbonato y pH entre otros, que permiten la lesión de la membrana basal, este fracaso se da también la mayor parte de las veces por la participación de factores exógenos como son el uso prolongado de ácido acetilsalicílico y otros AINE, se considera incluso que las úlceras pépticas serían raras en ausencia de estos factores.

2.3 Bases legales

En relación a lo antes estudiado entre las bases legales se presentan en el documento médico legal conocido como historia clínica en la Universidad José Antonio Páez en la que se cumplen las acciones legales requeridas para la atención de los pacientes que acuden a la clínica integral del adulto.

La ley del ejercicio de la odontología cita lo siguiente:

Artículo 16.: “Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados

por las enfermedades bucodentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran”.

De los deberes de los odontólogos se encuentran los siguientes:

Artículo 5º: “Es deber ineludible de todo Profesional de la Odontología acatar los principios de la fraternidad, libertad, justicia e igualdad, y los deberes inherentes a ellas, consagrados en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración de principios de los Colegios Profesionales Universitarios de Venezuela”.

Artículo 14º: “Todo profesional de la odontología está obligado a acatar las disposiciones contenidas en la Ley de Ejercicio de la odontología y su Reglamento, así como las del Reglamento Interno del Colegio de Odontólogos de Venezuela y, los Acuerdos y Resoluciones emanadas del Colegio de Odontólogos de Venezuela, los Colegios Regionales y las Delegaciones a los cuales están incorporados”.

Artículo 17º: “El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan”.

Artículo 18º: “El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional”.

Artículo 25º: “La Odontología es una profesión noble y elevada. Su ejercicio debe regirse siempre, por encima de toda consideración, por normas morales, de justicia, probidad y dignidad. El Odontólogo no debe ejercer al mismo tiempo que la Odontología otra actividad incompatible con la dignidad profesional”.

De las historias clínicas:

Artículo 57º: “Para los efectos de este Código la historia clínica comprende: a. Los elementos (subjetivos y objetivos) suministrados por el paciente. b. Las

aportaciones del profesional tratante (identificación de los hallazgos, interpretaciones y correlaciones). c. Las contribuciones (anotaciones correspondientes) si es que existieren, de los profesionales que colaboran en el diagnóstico y tratamiento del paciente. d. La documentación relativa, a las explotaciones complementarias realizadas: exámenes de laboratorio, radiografías, estudios histopatológicos, informes, etc.”

Artículo 58°: “En su ejercicio privado, el Odontólogo tiene derecho de propiedad intelectual sobre la historia clínica y sobre todo documento elaborado sobre la base de sus conocimientos profesionales. En el ejercicio institucional público (Instituciones Asistenciales del Estado), el Odontólogo conservará esa propiedad, pero la historia clínica como documento, es propiedad del establecimiento de salud correspondiente, y en consecuencia, su archivo, protección, manejo y otros actos de disposición son de la competencia de las autoridades hospitalarias”.

Artículo 59°: “En el ejercicio profesional privado, las historias clínicas deben ser elaboradas bajo la responsabilidad de un Odontólogo, quien aplica sus conocimientos y los complementa con todos los recursos disponibles, a fin de que constituyan documentos que además de orientar la conducción de un caso clínico, puedan servir para estudiar la patología respectiva en cualquier momento”.

Artículo 60°: “Las radiografías, exámenes complementarios y todo otro documento que sea aportado por el paciente, bien en consultorio privado o en establecimientos públicos le deberán ser devueltos cuando éste lo solicite. Es falta retener alguno contra la voluntad del paciente”.

2.3 Definición de términos

Alveolar: hueso de los maxilares que contiene o reviste las cuencas o alveolos, en las que se mantienen las raíces de los dientes.

Anaeróbico: es un término técnico que significa vida sin aire.

Anticuerpos: Pueden encontrarse en la sangre u otros fluidos corporales y son empleados por el sistema inmunitario para identificar y neutralizar elementos extraños tales como bacterias, virus o parásitos.

Arteriolas: vasos sanguíneos de pequeña dimensión, que resultan de ramificaciones de las arterias y liberan la sangre hacia los capilares.

Asintomático: significa que no hay o no presenta síntomas.

Bacteremia: también denominada bacteriemia, se refiere a la presencia de bacterias en sangre.

Basófilos: son un tipo de leucocito, el menos abundante de la familia de los granulocitos.

Biofilm: acumulación de microbios y bacterias, rodeada por una matriz intercelular que se adhieren a las paredes del siente. También se llama placa dental

Capilares sanguíneos: son los vasos sanguíneos de menor diámetro, están formados solo por una capa de tejido, lo que permite el intercambio de sustancias entre la sangre y as sustancias que se encuentran alrededor de ella.

Cardiopatía: cualquier padecimiento o alteración del corazón, o del resto del sistema cardiovascular.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación se define como los pasos a seguir del estudio, sus técnicas y métodos que puedan emplear en el mismo. En general determina todo el enfoque de la investigación influyendo en instrumentos y hasta la manera de cómo se analiza los datos recaudados. (Medina, 2002).

El estudio se estableció como una investigación descriptiva con modalidad de campo, ya que el propósito de dicha investigación es establecer la prevalencia de la condición periodontal en pacientes con enfermedades sistémicas que acuden a la cátedra de clínica integral en la universidad José Antonio Páez en el periodo 2017II.

Al respecto, Arias (2004) sostiene que esta investigación “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento”. (p.48). en este sentido, “los estudios descriptivos miden o recogen información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a los que se refieren, para decir como es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés (Balestrini, 2003)”.

Atendiendo a los objetivos el estudio también se enmarcó en una investigación de campo. Sampieri, Fernández y baptista (2003), sostienen que “la investigación de campo constituye un proceso sistemático, riguroso y racional de recolección, tratamiento, análisis y representación de datos basados en una estrategia de recolección directa de la realidad, de informaciones necesarias para la investigación” (p.119). Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad, en su situación natural.

3.2 Diseño de la investigación

En cuanto al diseño se incluye en un estudio no experimental de tipo transeccional. Sampieri, Fernández y Baptista (2003) refiere que “son aquellos que se proponen la descripción de variables tal como manifiestan y el análisis de estas, tomando en cuenta su interrelación e incidencia en un solo momento, en un tiempo único” (p.133). Es decir, su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado.

3.3 Población y Muestra de la investigación

La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según Tamayo y Tamayo, (2000), “La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación” (p.65).

Según Adriana reyes (2013) “El muestreo aleatorio simple es un procedimiento de muestreo probabilístico que da a cada elemento de la población objetivo y a cada posible muestra de un tamaño determinado, la misma probabilidad de ser seleccionado”.

Para el enfoque cuantitativo, el estudio estuvo conformado por un muestreo al azar “la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se habrán de recolectar datos, definidos o delimitados de antemano con precisión y representativos de esta. El investigador se interesa en que los resultados encontrados en la misma logren generalizarse o extrapolarse a la población. (Sampieri, Fernández, Baptista, 2003)”.

El estudio estuvo conformado por todos los pacientes que acuden a clínica integral del adulto correspondiente a 1364 historias clínicas, donde se seleccionó el 30% que represento la muestra que equivalen a 409 historias clínicas de pacientes aproximadamente en el periodo 2017-II.

3.4 Técnica de Recolección de Datos

Según, Hurtado, J. (1998). Señala que “Las técnicas e instrumentos de recolección de datos comprende procedimientos y actividades que permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a su pregunta” (p.49). Las técnicas son un conjunto de procedimientos y métodos de una ciencia que lleva a obtener información.

Según, Arias (2004), “se entenderá por técnica de recolección de datos, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p.67). Las mismas se traducen en la optimización de los esfuerzos para una mejor administración de los recursos y la comunicabilidad de los resultados. Para la investigación se utilizó como técnica de recolección de datos la observación directa de historias clínicas de los pacientes que acudieron a la clínica integral del adulto durante el periodo 2017 II.

3.5 Instrumento para la Recolección de datos

“Según Blanco (2008), un instrumento de recolección de datos, es un formato con un conjunto estructurado o de preguntas o ítems que son productos de unas variables que han sido sustentadas teóricamente.”

Para Hernández, Fernández y Baptista, la observación de historias clínicas en la cual se va a realizar un estudio descriptivo acerca de los pacientes que padecen enfermedades sistémicas y enfermedad periodontal, puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias, la cual consiste en un registro sistemático, valido y confiable del comportamiento o conducta manifiesta. En la presente investigación se realizaron una serie de evaluaciones a través de una hoja de registro que nos permitirá llevar un registro más específico de los pacientes que tengan enfermedad periodontal y a su vez enfermedad sistémica.

3.6 Variables de la investigación

Según Arias (2006), una variable “es un principio, una dimensión de un objeto”, un atributo que puede variar de una o más maneras y que se sintetiza conceptualmente lo que se quiere conocer acerca de las unidades de análisis” (p.67).

3.6.1 Variable dependiente: Variables que dependen de otra o está subordinada a otra variable.

3.6.2 Variables independientes: Estas variables son las que ya existen por si solas y no requieren de influencias externas para estar.

Para el estudio, los investigadores han tomado en cuenta los dos tipos de variables antes mencionadas, la variable independiente está dada por la incidencia de las enfermedades periodontales relacionadas con las enfermedades sistémicas y la variable dependiente es la revisión de historias clínicas de la universidad José Antonio Páez.

3.6 Técnicas de análisis de los datos

El análisis de los datos consiste en el proceso técnico a que han de ser sometida la información recabada en la investigación, lo cual permitirá recontar y resumir a partir de procedimientos estadísticos, posibilitando su interpretación y el logro de conclusiones a través de los resultados obtenidos (Balestrini, 2003). En este contexto, el propósito del análisis es resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcionen respuestas a las interrogantes de la investigación.

Una vez aplicado el instrumento los sujetos de estudio y recogidos los datos, se procederá a su ordenación, tabulación y análisis a través de la estadística descriptiva, la cual según Arias (2009) "... es un conjunto de técnicas y medidas que permiten caracterizar y condensar los datos obtenidos" (p.79). Para llevar a cabo tal procedimiento se realizará un análisis de frecuencias y porcentajes que se agruparan e interpretaran en base a las dimensiones de las variables, y estarán presentados en cuadros y gráficos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez culminada la recolección de datos, se hace necesario realizar un análisis de los mismos. Para ello, se procede a clasificarlos, ya que en este caso son datos cuantitativos. Al respecto, Sabino (2004) señala: “Los datos cuantitativos actúan como un tipo de operación que se efectúa, naturalmente con toda la información numérica resultante de la investigación”. (p. 199).

Ahora bien, para efectos de esta investigación y de los objetivos establecidos se escogió como técnica de procesamiento, la estadística descriptiva, debido a que analiza metódicamente los datos, simplificándolos y presentándolos en forma clara, eliminando así su confusión.

De esta manera, Arias (2006), comenta que la estadística descriptiva: “es necesaria para considerar los datos resumidos a través de uno o varios valores que determinen los principales caracteres del fenómeno que se estudia” (p. 59). En virtud de lo antes expuesto, a continuación se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de una hoja de registro a 409 historias clínicas de los pacientes que acudieron a la clínica integral del adulto durante el periodo 2017 II, a fin de determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes comprometidos sistémicamente.

Variable: enfermedad periodontal

Dimensión: características epidemiológicas.

Cuadro 1. Distribución según edad y sexo.

Resultados	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
Edad	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
18 a 22 años	14	3,42	22	5,39	36	8,81
23 a 28 años	18	4,40	17	4,16	35	8,56
29 a 34 años	13	3,18	23	5,62	36	8,8
35 a 40 años	5	1,22	34	8,31	39	9,53
41 a 46 años	12	2,93	36	8,80	48	11,73
47 a 52 años	19	4,64	68	16,63	87	21,27
53 a 58 años	17	4,16	20	4,89	37	9,05
59 a 64 años	30	7,33	17	4,16	47	11,49
65 a 70 años	20	4,89	24	5,87	44	10,76
Total	148	36,17	261	63,83	409	100

Fuente: Chirinos, E. y Luciani, Y. (2018)

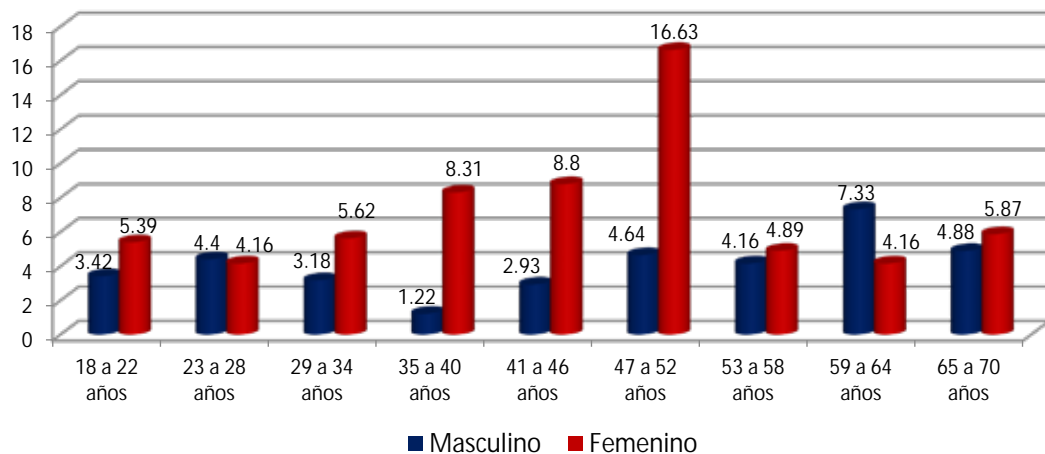


Gráfico 1. Distribución según edad y sexo.

Análisis: el grupo etario prevaleciente fue 47 a 52 años con 21,27%; de ellos el género femenino predominó con 16,63%; y el masculino con 4,64%. Datos similares

concuerdan con la investigación de Plaza y Soto (2014) en México, donde se determinó que los pacientes del sexo femenino y mayores de 45 años suelen tener mayor tendencia a padecer enfermedades periodontales.

Variable: enfermedad sistémica

Dimensión: Clasificación según sexo.

Cuadro 2. Distribución según enfermedad sistémica y sexo.

Resultados Enfermedad Sistémica	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Hipertensión Arterial	17	18,68	49	53,85	66	72,53
Alteraciones endocrinas: Diabetes	2	2,20	18	19,78	20	21,98
Enfermedades hematológicas: Anemia	0	0	5	5,49	5	5,49
Cardiopatías coronarias	0	0	0	0	0	0
Enfermedades infecciosas	0	0	0	0	0	0
Alteraciones hepáticas	0	0	0	0	0	0
Alteraciones renales	0	0	0	0	0	0
Enfermedades inmunitarias	0	0	0	0	0	0
Enfermedades respiratorias	0	0	0	0	0	0
Enfermedades neuropsiquiatras	0	0	0	0	0	0
Alteraciones digestivas	0	0	0	0	0	0
Total	19	20,88	72	79,12	91	100

Fuente: Chirinos, E. y Luciani, Y. (2018)

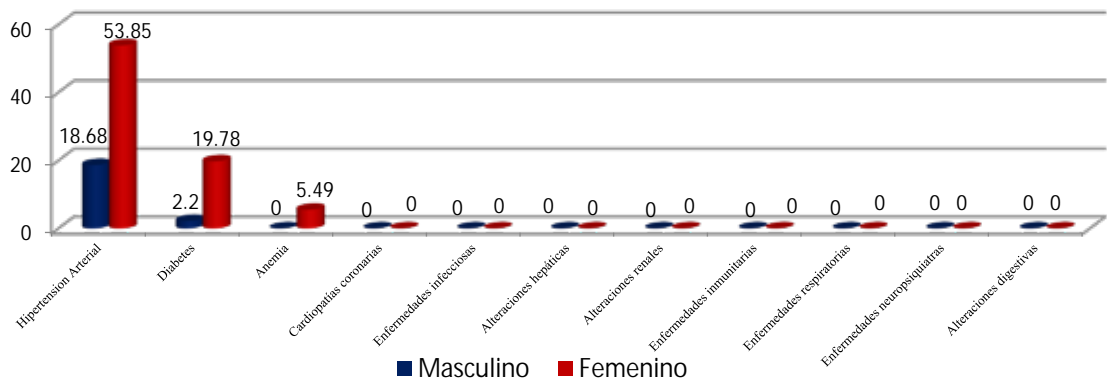


Gráfico 2. Distribución según enfermedad

Análisis: La enfermedad sistémica con alto predominio fue la hipertensión con 72,53%; seguido de la Diabetes con 19,78% ambos en el sexo femenino; Estos datos contrastan con los hallazgos de Peña (2012) en una investigación española sobre salud bucal, donde más del 50% de los pacientes reunieron estas dos características: hipertensión y diabetes, debido a que los tratamientos antihipertensivos provocan una hipertrofia gingival. Además, se sabe que la presencia de hiperglucemia, es un factor predisponente en la patogénesis de la periodontitis.

Variable: enfermedad sistémica

Dimensión: Clasificación según edad.

Cuadro 3. Distribución según edad y enfermedad sistémica.

Resultados	Enfermedad Sistémica							
	Hipertensión		Diabetes		Anemia		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
18 a 22 años	0	0	0	0	0	0	0	0
23 a 28 años	0	0	0	0	0	0	0	0
29 a 34 años	0	0	0	0	0	0	0	0
35 a 40 años	0	0	0	0	0	0	0	0
41 a 46 años	5	5,49	3	3,30	0	0	8	8,79
47 a 52 años	8	8,79	0	0	0	0	15	8,79
53 a 58 años	12	13,19	0	0	2	2,20	24	15,39
59 a 64 años	16	17,59	7	7,69	2	2,20	18	27,48
65 a 70 años	25	27,47	10	10,99	1	1,09	26	39,55
Total	66	72,53	20	21,98	5	5,49	91	100

Fuente: Chirinos, E. y Luciani, Y. (2018)

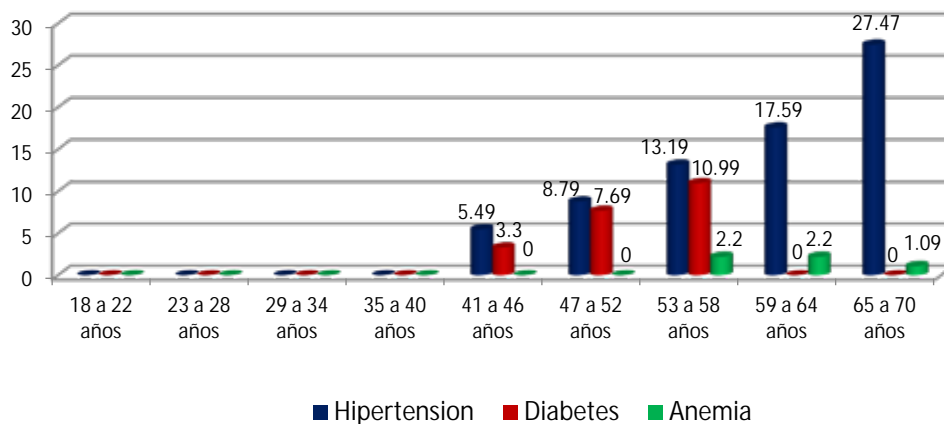


Gráfico 3. Distribución según edad y enfermedad

Análisis: la edad entre 65 y 70 años fue la que más reportó más casos con hipertensión con 39,55% y diabetes con 27,48%. Estas cifras que concuerdan con la investigación de Quisiguiña (2009), donde se demuestra que la diabetes aumenta con la edad, por lo que su incidencia es muy alta en los sujetos de edad superior a los 65 años. Además, Raven (2008) revela que entre el 30 y 40% de los diabéticos padecen hipertensión.

Variable: enfermedad periodontal.

Dimensión: Clasificación según sexo.

Cuadro 4. Distribución según enfermedad periodontal y sexo.

Resultados Enfermedad Periodontal	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Gingivitis inicial	11	4,4	12	4,8	23	9,2
Gingivitis temprana	13	5,2	45	18	58	23,2
Gingivitis avanzada	5	2	8	3,2	13	5,2
Periodontitis leve	18	7,2	69	27,6	87	34,8
Periodontitis moderada	27	10,8	29	11,6	56	22,4
Periodontitis severa	8	3,2	5	2	13	5,2
Total	82	32,8	168	67,2	250	100

Fuente: Chirinos, E. y Luciani, Y. (2018)

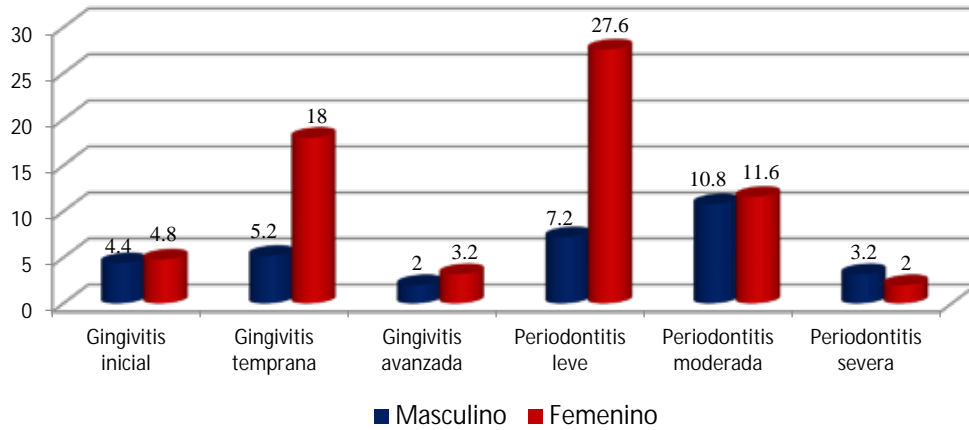


Gráfico 4. Distribución según enfermedad periodontal y sexo.

Análisis: las enfermedades periodontales más frecuente fueron la periodontitis leve con 34,8% y la gingivitis temprana con 23,2%, ambas prevalecieron en el grupo femenino. Estos resultados coinciden con la investigación de Hernández et al (2011) donde se estudiaron las frecuencias absolutas y relativas porcentuales de la enfermedad periodontal según su intensidad. Tanto la gingivitis como la periodontitis se presentaron con mayor frecuencia en su forma leve y moderada, alcanzando el 31,4% del total de los pacientes enfermos.

Variable: enfermedad periodontal.

Dimensión: Clasificación según edad.

Cuadro 5. Distribución según edad y enfermedad periodontal.

Resultados	Enfermedad Periodontal.													
	Gingivitis inicial		Gingivitis temprana		Gingivitis avanzada		Periodontitis leve		Periodontitis moderada		Periodontitis severa		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
18 a 22 años	0	0	0	0	0	0	4	1,6	0	0	0	0	4	1,6
23 a 28 años	0	0	0	0	0	0	3	1,2	0	0	0	0	3	1,2
29 a 34 años	0	0	2	0,8	0	0	2	0,8	0	0	0	0	4	1,6
35 a 40 años	0	0	3	1,2	0	0	9	3,6	0	0	0	0	12	4,8
41 a 46 años	4	1,6	8	3,2	2	0,8	14	5,6	12	4,8	7	2,8	47	18,8
47 a 52 años	5	2	24	9,6	6	2,4	28	11,2	20	8	2	0,8	85	34
53 a 58 años	6	2,4	10	4	3	1,2	8	3,2	7	2,8	3	1,2	37	14,8
59 a 64 años	3	1,2	7	2,8	2	0,8	12	4,8	16	6,4	1	0,4	42	16,4
65 a 70 años	5	2	4	1,6	0	0	7	2,8	1	0,4	0	0	18	6,8
Total	23	9,2	58	9,2	13	9,2	87	34,8	56	22,4	13	4,4	250	100

Fuente: Chirinos, E. y Luciani, Y. (2018)

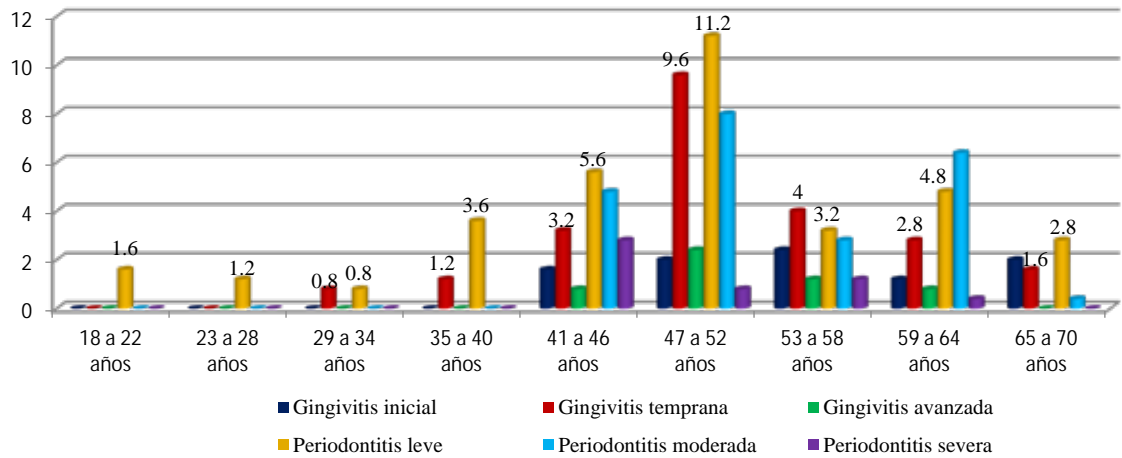


Gráfico 5. Distribución según edad y enfermedad periodontal

Análisis: se aprecia que el grupo etario entre 47 y 52 años presentó periodontitis leve con 11,9% y gingivitis temprana con 9,6%. Una encuesta sobre Salud Oral (2014) en España determinó que entre el 85 y 94% de la población mayor de 35 años tiene periodontitis y gingivitis, alcanzando el grado de severa entre el 5 a 11% de la población adulta.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Haber alcanzado los propósitos planificados permite elaborar las conclusiones de la investigación de esta manera:

- Se identificó a los pacientes con enfermedad periodontal según edad y sexo que acudieron a la consulta odontológica, mediante la revisión de historias clínicas, en el cual se logró separar a los pacientes según su edad y sexo.
- Se determinó el tipo de enfermedad sistémica según edad y sexo, en los pacientes que acuden a consulta odontológica, mediante la revisión de historias clínicas, en el cual se obtuvo como resultado que las mujeres en edades comprendidas de 47 a 52 años son más propensas a padecer hipertensión arterial.
- Se clasifico el tipo de enfermedad periodontal de los pacientes comprometidos sistémicamente, según edad y sexo, mediante la revisión de historias clínicas, teniendo como resultado que las mujeres en edades comprendidas de 47 a 52 años, son más propensas a padecer de gingivitis.

5.2 Recomendaciones

- Verificar por parte de los profesores tutores de clínica integral que se cumpla con un buen llenado de historia, datos epidemiológicos y anamnesis ya que estos datos son relevantes para la realización de trabajos de grado.

- Se recomienda hacer énfasis en la evaluación de los signos y síntomas de paciente para poder determinar un diagnóstico definitivo y acertado según la clasificación de las enfermedades gingivales y periodontales utilizadas actualmente.

- Contar con más exámenes complementarios como la evaluación de signos vitales, evaluación de radiografías para comparar pérdida ósea y tipos de afecciones a nivel periodontal y así poder obtener otras variables de estudio en futuras investigaciones.

-Organizar de manera detallada toda la información del paciente mediante la historia clínica junto con los diferentes anexos que el paciente requiera, y archivarlos de manera sistemáticas para poder acceder mejor a estos datos en futuras investigaciones.

- Se recomienda proseguir la línea de investigación estudiando otras variables como el tipo de enfermedad periodontal y sus diferencias según edad y sexo con exámenes complementarios.

REFERENCIAS

Arias Fidas., 2006. El proyecto de investigación, guía para su elaboración 3era Edición, Caracas. Editorial episteme. Oral Ediciones.

Araque, K., Aguilera, W., 2007. Prevalencia de enfermedades periodontales en presencia de diabetes mellitus. Estado Carabobo- Venezuela.

Balestrini Acuña, Miriam. 2003. Estudios Documentales, Teóricos, Análisis, De Discurso y las Historias de Vida. Una propuesta metodológica para la elaboración de sus proyectos. 2da edición. CARACAS, VENEZUELA, Editorial BL CONSULTORES ASOCIADOS.

Castillo, A., 2010. Incidencia de la periodontitis crónica en pacientes de la clínica Integral de decimo semestre de la universidad José Antonio Páez. Estado Carabobo-Venezuela.

Castellano, J., Díaz, L., Gay, O., 2002. Medicina odontológica. 2da edición México. Editorial El manual Moderno S.A.

Gallardo K., Guevara R., 2011. Relación de las enfermedades periodontales con Enfermedades cardiovasculares en pacientes del seguro social de yagua, enero 2008- Enero 2009. Estado Carabobo- Venezuela.

Gutiérrez, P., 2005. Urgencias médicas en odontología. 1era edición, México Editorial Mc Graw Gill.

Merman M., Takei H., Carranza F., 2010. Periodoncia clínica, 10ma edición México. Editorial Mc Graw Gill.

Navarro S, A., Faria A, R., Bascones M, A., 2002. Relación entre la diabetes mellitus y la enfermedad periodontal. Estado Carabobo- Venezuela.

Tamayo y Tamayo Mario. 2000. Metodología formal de la investigación científica 2da edición. Mexico. Editorial Limusa Noriega Ediciones.

Arias, Fidias. (2006). El Proyecto de Investigación introducción a la metodología científica. Caracas: Editorial Episteme.

Blas, S. (2016) ¿Sabías que las mujeres pueden tener más riesgo de sufrir gingivitis? Disponible en: [http://simonblas.com/2016/08/25/sabias-las-mujeres-pueden-mas riesgo-sufrir-gingivitis/](http://simonblas.com/2016/08/25/sabias-las-mujeres-pueden-mas-riesgo-sufrir-gingivitis/).

Hernández, L., Armas, A.; Fuentes, E., Rossel, F., et al (2011) Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pina del Río. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561
Milton, T. (1992) <https://www.significados.com/salud-publica/>

Peña, C. (2012) ¿Influye la hipertensión arterial en el estado bucal? Disponible en:

<http://www.clinicadentalproa.es/preguntas/%C2%BFInfluye-la-hipertension-arterial-en-el-estado-bucal/>

Plaza, M., Soto, A. (2014) Prevalencia de periodontitis crónica en pacientes con enfermedades sistémicas. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2014/mp142b.pdf>.

Quisiguiña (2009). <http://gentenatural.com/psicologia/ancianos/diabetes.html>.
Reaven G. (2008) Role of insulin resistance in human disease. Diabetes. Department of Medicine, Stanford University School of Medicine. California; 1988.

Sabino, Carlos. (2004). Como hacer una tesis. Caracas, Venezuela; Editorial Episteme.

Sánchez, N., Almeida, F., Martínez, B. et al (2012) Relación entre diabetes mellitus Enfermedad periodontal. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-658520020.
http://sistemas.fcm.uncu.edu.ar/enf-epidemiologia/Epidemiologia_2011.pdf

ANEXOS

CUADRO N 6: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo general: Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes comprometidos sistémicamente que asisten a consulta odontológica de la clínica integral de adulto en la universidad José Antonio Páez en el periodo 2017II.

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Enfermedad Periodontal	La enfermedad periodontal es un grupo de patología que afecta a los tejidos de soporte del diente, por irritantes locales que originan la inflamación o destrucción de los tejidos periodontales. (Carranza 2010).	Características epidemiológicas Diagnóstico Periodontal	Edad Sexo Gingivitis: · Lesión inicial gingival. · Lesión gingival temprana. · Lesión gingival avanzada. Periodontitis: · Leve · Moderada · Severa	1 3	Hoja de Registro
Enfermedades Sistémicas	Enfermedad que afecta a todos los elementos de un mismo sistema. (Castellano, 2002).	Clasificación	· Hipertensión arterial · Cardiopatías coronarias · Enfermedades infecciosas · Alteraciones hepáticas · Alteraciones renales · Alteraciones endocrinas · Enfermedades hematológicas · Enfermedades inmunitarias · Enfermedades respiratorias · Enfermedades neuropsiquiátricas · Alteraciones digestivas	2	Hoja de Registro

Elienny chirinos, Yalimar luciani 2018.

