



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA.
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.
SEDE MALARGÜE.

**“CAUSAS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES QUE
CONCURREN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA OBRA
SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS OSEP”.**

(Estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en la delegación de OSEP
Malargüe, entre mayo de 2010 y mayo 2011)

Autores: Moyano Gisela.
Alaniz Evelyn.

Malargüe, Mendoza, septiembre de 2011.

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Presidentes.....

Vocal 1.....

Vocal 2.....

Trabajo aprobado el:...../...../..... Nota:

Agradecimientos:

“Muchas veces nos preguntamos cuál será nuestra misión en esta tierra, cual será aquella tarea que Dios ha encomendado a nosotros; cada persona en este mundo tiene un misión, tenemos tantos dones que a veces ni cuenta nos damos de cuáles, algunos escriben, otros componen, otras cantan, son tantos que la lista sería infinita y aun así no vemos que tan maravillosos podemos ser. Todo pasa por algo en la vida, nuestro deber es entender el porqué de que sucediera”.

“Gracias” es una de esas maravillosas palabras que siempre la guardamos para nosotros. Muchas veces cuando las personas hacen algo por una damos por hecho que ya agradecemos lo que han hecho por nosotros, pero no es así, es importante dar las gracias por cada gesto de bondad que recibimos.

Por ello, queremos agradecerle a Nuestra Familia, quienes nos acompañaron en este camino que emprendimos, y que gracias a ellos seguimos transitando, ya que siempre nos brindaron ánimo y esperanza y depositaron confianza en nosotros.

Además, agradecerles a los profesores, Michel Jorge y Fermani Paul, por su paciencia y dedicación, cada vez que recurríamos a ellos.

A los Odontólogos: Brandauer Carina y Mangado Fabián, que nos ayudaron en dicha investigación, con amabilidad y compañerismo.

Y a todos los pacientes, que colaboraron respondiendo la encuesta, sin ningún inconveniente, facilitado así nuestro trabajo.

Gracias por todo su apoyo y confianza...

Gisela y Evelyn.

Prólogo.

Muchos de nosotros pensamos que la investigación solo es cosa de los científicos, nosotras pensamos que es cosa de todos y que con una pequeña preparación conceptual, cualquier enfermero con interés podría llevar a cabo una investigación de los tantos interrogantes que existen.

En principio, el hecho de pararse a pensar en un problema de Enfermería o de salud-enfermedad hace que queramos saber, el porqué de las cosas que ocurren, ya sea los problemas de salud que se observan en muchos de lugares a los que uno acude, o en nuestro mismo lugar de trabajo donde uno habitualmente encuentra pacientes con muchas clases de patologías; es así como surgió la realización de este trabajo de investigación, teniendo el gran interrogante del porque de la cantidad de pacientes que concurren a la Delegación de Obra Social de Empleados Públicos Malargüe presentan una patología llamada Enfermedad Periodontal, la cual es una enfermedad crónica si no es tratada a tiempo y la cual tiene consecuencias como lo es la pérdida de hueso en la parte de los maxilares logrando así la pérdida de elementos dentario, etc..

El procedimiento que se va a utilizar para llevar a cabo esta investigación, es la encuesta en las que se observara cuales son los factores que predisponen a contraer esta enfermedad en los pacientes, que según el odontólogo o los odontólogos tratantes confirmen que tienen esta patología ya sea en forma avanzada o un sus periodos de inicio.

INDICE GENERAL.

Cap.1 Planteo de Problema.....	Pág. 1
Problema.....	Pág. 1
Fundamentación Científica.....	Pág. 1
Delimitación del Problema.....	Pág. 2
Objetivo del Estudio	Pág. 3
Marco Teórico.....	Pág. 4
Biología de la boca.....	Pág. 4
Enfermedad Periodontal.....	Pág. 6
Clasificación de la Enfermedad Periodontal.....	Pág. 8
Causas de Enfermedad Periodontal.....	Pág. 11
Síntomas de Enfermedad Periodontal.....	Pág. 12
Factores de riesgo para la Enfermedad Periodontal.....	Pág. 12
Esquemas y Etapas de la Enfermedad Periodontal.....	Pág. 13
Consecuencias colaterales de la Enfermedad Periodontal.....	Pág. 13
Tratamiento de la Enfermedad Periodontal.....	Pág. 13

Higiene Bucodental.....	Pág. 14
Antecedentes Familiares.....	Pág. 18
Apiñamiento Dental.....	Pág.19
Prótesis Dental.....	Pág. 23
Tabaquismo.....	Pág. 31
Desordenes Hematológicos y Genéticos.....	Pág. 34
Cap. II Diseño Metodológico.....	Pág. 36
Tipo de Estudio.....	Pág. 36
Área de Estudio.....	Pág. 36
Plano de la ciudad.....	Pág. 37
Universo y Muestra.....	Pág. 38
Hipótesis.....	Pág. 39
Definición y Operacionalización de las Variables.....	Pág. 40
Plan de recolección, procesamiento y análisis de los datos.....	Pág. 42
Procesamiento, análisis y estadística.....	Pág. 43
Cap. III Resultados, discusión y propuestas.....	Pág. 58
Resultados Relevantes.....	Pág. 58

Interpretación de los resultados.....	Pág. 60
Propuestas de Acción.....	Pág. 63
Bibliografía.....	Pág. 65
Apéndice Y Anexos.....	Pág. 67

Índice de Tablas y Gráficos.

TABLA y GRAFICO Nº 1: Distribución de la muestra de los pacientes con Enfermedad periodontal que concurrieron al servicio de Odontología de OSEP Malargüe, según sexo.	Pág. 45.
TABLA y GRAFICO Nº 2: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, según edad y sexo femenino.	Pág. 46.
TABLA y GRAFICO Nº 3: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, según edad y sexo masculino.	Pág. 47.
TABLA y GRAFICO Nº 4: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que practica Higiene bucal.	Pág. 48.
TABLA y GRAFICO Nº5: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que realizan cepillado: Nunca; Una vez; Dos veces; Tres veces; Cuatro veces al día.	Pág. 49.
TABLA y GRAFICO Nº 6: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que poseen técnicas de higiene correctas.	Pág. 50.
TABLA y GRAFICO Nº 7: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que poseen conocimiento previo de la enfermedad.	Pág. 51.
TABLA Nº 8: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que poseen antecedentes patológicos.	Pág. 52.
TABLA Nº 9: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que poseen antecedentes familiares.	Pág. 53.
TABLA Nº 10: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que consumen tabaco.	Pág.54.
TABLA Nº11: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que presentan apiñamiento dentario.	Pág.55.
TABLA Nº 12: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que utilizan prótesis dental.	Pág.56.

TABLA N° 13: Distribución de la muestra de los pacientes que concurren al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que utilizan ortodoncia.	Pág.57.
--	----------------

ANEXOS.

Anexo N°1: Fotos: Enfermedad Periodontal.	Pág.67.
Anexo N°2: Tabla Matriz de Pacientes con enfermedad periodontal.	Pág.68.

CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA.

PROBLEMA

En la delegación de OSEP Malargüe, en el servicio de Odontología, se ha observado en los pacientes que concurren, la presencia de muchas enfermedades bucales, iniciándose a edades muy tempranas.

Algunas de estas patologías pueden llegar a cuadros irreversibles si no son tratadas a tiempo como la Enfermedad Periodontal.

Lamentablemente la comunidad que nos rodea, no posee los conocimientos sobre dichas patologías, por lo cual lo lleva a no tomar conciencia sobre las consecuencias que producen, si estas no son tratadas a tiempo.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

El conocimiento del estado de salud bucal de la población que concurre al servicio de Odontología de la Delegación de OSEP Malargüe, es indispensable para poder evaluar las enfermedades bucales existentes y así poder planificar, organizar y llevar un control de estas, logrando minimizar las consecuencias que se producen.

Debido a que el estado de salud bucal de la población tiene un carácter dinámico y constantemente sufre variaciones, y al observar la gran cantidad pérdida de piezas dentarias originadas por este tipo de patologías, es que nos motivamos a realizar este estudio, donde se pretende conocer el estado de salud bucal en este servicio con vistas a organizar la intervención para solucionar los problemas existentes, garantizar el cambio en el estado de salud bucal de la población y así lograr incrementar la satisfacción de esta comunidad.

Además de esto cabe destacar, que un Comité de expertos de Higiene Dental de la OMS, ha afirmado que las enfermedades periodontales figuran entre

la más comunes del género humano y que no hay en el mundo, país ni territorio que esté libre de ellas. Según esos estudios, las periodontopatías tienen el triste honor de ocupar el segundo lugar en los problemas de salud ¹bucal mundial y son la mayor causa de pérdida de dientes después de los 35 años.

A través de las encuestas realizadas, durante el periodo Mayo 2010 a mayo 2011, se pudo observar que más del 10% de la población, que concurren al servicio de odontología de OSEP Malargüe, ya presentan periodontitis, un 30% presenta gingivitis, siendo esta la parte inicial de esta patología, se debe tener en cuenta que esta patología constituye la segunda causa más importante de la desdentación de las personas inmediatamente detrás de las caries.

Cabe destacar que las características céfalo craneales de la zona de cuyo, difieren de las demás e influye en este tipo de patologías, produciendo apiñamiento dentario, hay muchos respiradores bucales lo cual también favorecen a la acumulación de bacterias que producen la enfermedad periodontal según información brindada por odontólogos que trabajan en la delegación.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Visto que se carece de datos que comprueben, cuales son las causas que originan esta enfermedad en estos pacientes, queremos realizar una investigación que nos ayude a determinar cuáles son los factores que la producen y cuál es el que tiene mayor periodicidad.

¹ Dra. Odalys V. Campaña Proenza,¹ Zaida Teresa Ilisástigui Ortueta² y Amado Rodríguez Calzadilla³. Diagnóstico educativo y capacitación periodontal. Revista Cubana de Estomatología. **Rev. Cubana Estomatología v.39 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2002**

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

- Determinar las causas más comunes que generan la aparición de la enfermedad periodontal, en pacientes que concurren al servicio de odontología de OSEP Malargüe.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar cuáles y como son los hábitos de higiene de los pacientes que concurren al servicio de odontología.
- Determinar en qué tipo de pacientes predomina la enfermedad.
- Establecer si el odontólogo interviniente, hace hincapié en la observación y señalamiento de la enfermedad, cuando el motivo de consulta del paciente sea otro.

MARCO TEORICO

BIOLOGIA DE LA BOCA

La boca es la entrada de dos sistemas: el digestivo y el respiratorio. El interior de la boca está recubierto por membranas mucosas. El revestimiento (mucosa bucal) de una boca sana, es de color rosado; las encías son de un color rosado más pálido y se ajustan alrededor de los dientes.

El techo de la boca (paladar) se divide en dos partes. La parte anterior del paladar tiene arrugas y es dura (paladar duro); la parte posterior es relativamente lisa y blanda. Un borde húmedo y uno seco delimitan claramente la superficie de los labios (borde bermellón) la superficie inferior es húmeda y la externa es semejante a la piel.

Las glándulas salivales, producen saliva. Hay tres pares principales de glándulas salivales: parótidas, submaxilar y sublingual. Además de las principales glándulas salivales, otras muchas glándulas minúsculas están distribuidas por toda la boca. La saliva pasa de las glándulas a la boca por pequeños tubos (conductos).

La saliva sirve para diversos propósitos. Ayuda a masticar y comer al juntar los alimentos en porciones, de manera que puedan deslizarse desde la boca al esófago, y también da inicio a la digestión y contribuye a disolver los alimentos para que puedan saborearse con mayor facilidad. Después de ingeridos los alimentos, la saliva limpia la boca. También ayuda a mantener sano el revestimiento bucal y previene la pérdida de minerales de los dientes. Además, neutraliza los ácidos producidos por las bacterias y contiene sustancias como los anticuerpos y las enzimas, que destruyen bacterias levaduras y virus.

Existen dos series de dientes naturales: los dientes de leche (temporales) y los dientes de adulto (permanentes).

Con respecto a los dientes permanentes, son 32: un par de cada uno de los incisivos centrales, superior e inferior, incisivos laterales, caninos, molares delanteros, segundos molares delanteros, primeros molares, segundos molares y terceros molares (muelas del juicio).

El diente está compuesto por la corona, la parte situada encima de la línea gingival, y la raíz, que es la que está debajo de la línea gingival, la corona esta revestida de un esmalte blanco brillante, que protege al diente, el esmalte es la sustancia más dura en el organismo, pero si se daña, tiene muy poca capacidad para autorepararse. Por debajo del esmalte esta la dentina, que es similar al hueso pero más dura. La dentina rodea la cámara central (pulpa) que tiene vasos sanguíneos, nervios y tejido conectivo.

Los vasos sanguíneos y los nervios penetran en la cámara pulpar por los conductos radiculares, que también están rodeados de dentina. En la raíz, la dentina está cubierta por cemento, una sustancia delgada similar al hueso. El cemento está rodeado por una membrana (ligamento periodontal) que protege al diente y fija la capa de cemento, y todo el diente firmemente a la mandíbula.

Encías: abrazan el cuello del diente, se divide en una capa profunda que se continúa con el periostio y una superficial que asciende en la porción extra alveolar de la raíz hasta el cuello.²

² Dra. Linda P. Nelson; Trastornos de la boca y de los dientes. Biología de la Boca, Sección 8, Cap. 109, Nuevo MANUAL MERCK DE INFORMACION MEDICA GENERAL, Edición en español MMXY Editorial OCEANO, Barcelona, España

1- Enfermedad periodontal

En la localidad en la que vivimos, estas patologías se producen con mayor frecuencia, ya que influye el crecimiento y desarrollo craneofacial de los habitantes de esta zona que difiere de las demás, la cual produce que la mayoría de los habitantes de esta región utilicen una respiración bucal permitiendo favoreciendo la presencia de flora bacteriana. (Según nos comenta una odontóloga tratante de estas patologías).

El término enfermedad periodontal tiene diferentes significados y es usado de manera ambigua; en general sirve para abarcar todas las enfermedades del periodonto.

Es una enfermedad crónica e irreversible, afecta el tejido de sostén de los dientes que son las encías, el hueso alveolar, el cemento radicular y el ligamento periodontal.³

La acumulación de bacterias es una de las causas principales de las enfermedades periodontales.

Es más probable que aparezcan en las personas con mala higiene bucal, en los fumadores y entre personas con ciertas enfermedades y trastornos, como la Diabetes Mellitus, la mala nutrición, la leucemia y el sida, entre otros.

Hay diferentes tipos de enfermedad periodontal. Muchas de las clasificaciones antiguas comprendían todos los tipos y los consideraba en función de sus cambios patológicos como inflamatorio degenerativo o neoplásico, la más frecuente por mucho, se inicia por la acumulación de placa en el área gingivodental y es de carácter inflamatorio. Al inicio, se confina a la encía y se le

³ Dr. JAMES, T, Ubertalli; Trastornos de la boca y de los dientes. Enfermedades Periodontales, Sección 8, Cap. 115, Nuevo MANUAL MERCK DE INFORMACION MEDICA GENERAL, Edición en español MMXY Editorial OCEANO, Barcelona, España.

llama gingivitis marginal crónica; después abarca a las estructuras del soporte y la lesión se llama periodontitis marginal o periodontitis destructiva crónica.

Los tejidos periodontales también pueden ser afectados por otras entidades nosológicas sin relación con la placa y muchas de estas caen dentro de las categorías degenerativas o neoclásicas. Estas se consideran como manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas.

Tiene efectos como caries, mal aliento, dolor al masticar y sangrados abundantes y no se contagia por dar un beso, por beber del mismo vaso o por medio de la saliva. Al principio puede manifestarse por una ligera inflamación gingival, con sangrado discreto de las encías al cepillarse los dientes y un cierto grado de tumefacción y enrojecimiento de las encías.

Su diagnóstico precoz contribuye a un mejor pronóstico ya que es condición necesaria para frenar su evolución cuanto antes.

El signo principal es la formación de una bolsa periodontal por pérdida de inserción, y la forma de medir es por medio de la sonda periodontal. Este procedimiento de periodotología se llama sondaje periodontal y con él los dentistas obtienen la profundidad de sondaje que sirve para medir la afectación que la enfermedad periodontal y la destrucción de hueso que esta ha provocado.

Los valores obtenidos con el sondaje de diagnostico periodontal servirán de referencia en los mantenimientos periodontales.⁴

2-Clasificación de la Enfermedad Periodontal.

⁴ Dr. JAMES, T, Ubertalli; Trastornos de la boca y de los dientes. Enfermedades Periodontales, Sección 8, Cap. 115, Nuevo MANUAL MERCK DE INFORMACION MEDICA GENERAL, Edición en español MMXY EDITORIAL OCEANO, Barcelona, España.

La siguiente clasificación incluye todas las formas de la enfermedad periodontal:

Gingivitis: La forma menos severa de la enfermedad periodontal. Provoca que las encías se pongan rojas, inflamadas y que sangren fácilmente. Normalmente hay poca, o ninguna, incomodidad en esta etapa, ya que causa poco dolor en su fase inicial y por ello puede pasar inadvertida. La gingivitis es reversible si es tratada profesionalmente y con un buen cuidado oral en casa. Esta es la primera etapa de la enfermedad periodontal.

La gingivitis puede ser inducida por la placa bacteriana; sin duda entre las causas más frecuentes de la gingivitis figuran el cepillado incorrecto y el uso inadecuado de la seda dental. Un cepillado incorrecto permite que la placa (una sustancia en forma de película, compuesta, sobre todo, de bacterias) permanezca sobre el cuello de los dientes.

La placa bacteriana se acumula dentro de los empastes defectuosos y alrededor de los dientes próximos a dentaduras postizas parciales, poco limpias, puentes y aparatos de ortodoncia.

Cuando la placa bacteriana permanece en los dientes más de 72 hs, se solidifica en forma de sarro (calcificación) y este no puede eliminarse del todo con el cepillo dental ni con seda dental.

Las encías aparecen de color rojo en vez del color rosado indicativo de una encía sana y se inflaman y se despegan en vez de estar ajustadas firmemente a los dientes.

Gingivitis inducida por medicamentos: algunos fármacos pueden causar un crecimiento del tejido de las encías, lo cual dificulta la eliminación de la placa bacteriana. En el caso de tener que tomar un fármaco que cause un crecimiento

del tejido gingival, es posible que el exceso de tejido se tenga que extirpar quirúrgicamente.⁵

Periodontitis: es el tipo de enfermedad periodontal más frecuente y resulta de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. Es una de las causas principales del desprendimiento de los dientes en los adultos, y la principal en las personas mayores. La infección destruye el maxilar, cuya función es mantener los dientes en su sitio. La erosión produce el debilitamiento de las fijaciones que mantienen los dientes y los afloja. Un diente afectado, puede, a la larga, caerse o necesitar una extracción. La infección destruye el maxilar, cuya función es mantener los dientes en su sitio. La erosión produce el debilitamiento de las fijaciones que mantienen los dientes y los afloja. Un diente afectado, puede, a la larga, caerse o necesitar una extracción. Se puede clasificar como:

Periodontitis marginal: en la cual la destrucción de los tejidos periodontales se vincula con la inflamación causada por la placa.

Inflamación crónica de la encías, la formación de bolsas y la pérdida ósea son causales en esta. En casos avanzados hay movilidad dentaria.

Etiología: es causada por la placa dental. La acumulación de placa es favorecida por una gran variedad de irritantes locales, como cálculos, restauraciones defectuosas y la impacción de alimentos.

La periodontitis marginal puede ser subclasificada:

Periodontitis de evolución lenta: también llamada periodontitis tipo adulto y está vinculada con abundantes depósitos de placa y cálculos. Se encuentran signos obvios de inflamación gingival. (Cambios en el color, textura superficial, exudado abundante, etc.)

⁵ Dr. JAMES, T, Ubertalli; Trastornos de la boca y de los dientes. Enfermedades Periodontales, Sección 8, Cap. 115, Nuevo MANUAL MERCK DE INFORMACION MEDICA GENERAL, Edición en español MMXY EDITORIAL OCEANO, Barcelona, España.

Con frecuencia se ven estados avanzados de esta periodontitis en la quinta y sexta década de la vida. Puede ser indolora, pero puede haber sensibilidad de raíces; dolor profundo causado por el acumulamiento del alimento en las bolsas periodontales.

Periodontitis de evolución rápida: se vincula con cantidades escasas de placas y cálculos; es más frecuente en adultos jóvenes en la década de los 20, pero puede ocurrir a la edad de 35 años: produce inflamación extrema, hemorragia, proliferación de la encía, exudado y rápida pérdida ósea.

Periodontitis juvenil: comprende lesiones destructivas avanzadas en niños y adolescentes. La distribución de las lesiones es la base para su clasificación en generalizada y localizada.

La generalizada abarca toda la dentadura, mientras que la localizada ataca los primeros molares e incisivos.

Generalizada: se vincula con enfermedades sistémicas como el síndrome de Down, hipofosfatasa entre otras.

Localizada: se caracteriza por lesiones angulares profundas localizada en los primeros molares e incisivos y ocurre en los adolescentes

Periodontitis ulcerosa necrosante: es una secuela destructiva avanzada; presenta cráteres óseos interdentes profundos por lo general en áreas localizadas, aunque puede ser bastante generalizada.

Periodontitis por traumatismo por oclusión: presenta las siguientes características clínicas: movilidad dentaria aumentada, ensanchamiento del espacio periodontario. Se afectan dientes aislados y sus antagonistas. No produce inflamación gingival o formación de bolsa periodontales.

Atrofia periodontal: es una disminución el e tamaño del tejido u órgano o de sus elementos celulares. La reducción generalizada en la altura del hueso, que se

acompaña con recesión de la encía sin manifestaciones de inflamación o traumatismo por oclusión, ocurre con el aumento de la edad pero no se debe a esto, sino a los efectos acumulativos de daños repetidos en el periodonto.

3-Causas de Enfermedad Periodontal.

La mayoría de los casos de periodontitis se producen como consecuencia de una acumulación prolongada de placa bacteriana y sarro entre los dientes y las encías. El sarro y la placa bacteriana forman bolsas entre los dientes y las encías que se extienden entre la raíz del diente y el hueso subyacente. Estas bolsas acumulan placa bacteriana en un ambiente sin oxígeno, lo que estimula el crecimiento de formas agresivas de bacterias. Si la enfermedad prosigue, el maxilar adyacente a la bolsa se va destruyendo hasta que el diente se afloja y llega a caerse.⁶

El grado de desarrollo de la periodontitis difiere considerablemente incluso entre personas con cantidades similares de sarro. Esto se debe a que la placa bacteriana contiene diversos tipos y cantidades de bacterias y a que cada persona reacciona de modo distinto a ella. La periodontitis puede producir brotes de actividad destructiva que duran meses, seguidos por periodos en la enfermedad aparentemente no causa mayores daños.

Muchas enfermedades y trastornos pueden predisponer a una persona a la periodontitis, entre estas la Diabetes Mellitus, el Síndrome de Down, la Enfermedad de Crohn, la leucopenia y el sida, entre otros. La periodontitis progresa rápidamente en las personas afectadas de Sida.

⁶ SANZ Mariano, NEWMAN Michael G. y NISENGARD Rossell. MICROBIOLOGIA PERIODONTAL. Sección 1. Capítulo 24.

4-Síntomas de la Enfermedad Periodontal.

Retracción de las encías, sensación de dientes más largos.

Hemorragia.

Movilidad de los dientes.

Separación de las encías con los dientes.

Aparición de abscesos y flemones en la encía.

Sensación de quemazón y dolor de la encía.

Aumento de sensibilidad dentaria, sobre todo al frío.

Bruxismo (apretar y hacer rechinar los dientes incesantemente).

Estrés.

Mal Aliento.⁷

5- Factores de riesgos para la Enfermedad Periodontal:

Fumar.

Mal higiene buco dental.

Condiciones médicas.

Apiñamiento dentario.

Antecedentes familiares.

Enfermedad del corazón.

Diabetes.

Terapia hormonal sustitutiva.

Osteoporosis.

Lupus.

VIH/SIDA.

Inmunodeficiencia.

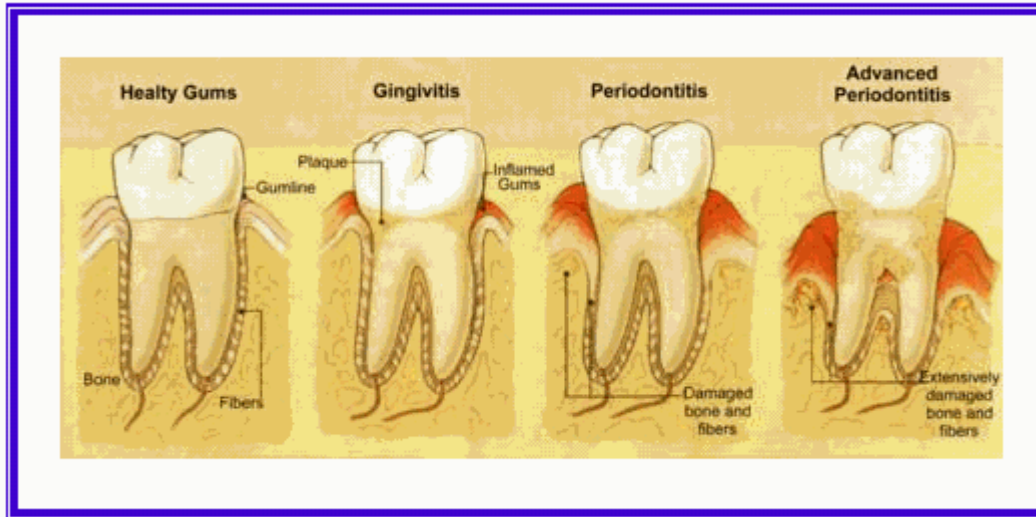
Epilepsia.

⁷ Dr. JAMES, T, Ubertalli; Trastornos de la boca y de los dientes. Enfermedades Periodontales, Sección 8, Cap. 115, Nuevo MANUAL MERCK DE INFORMACION MEDICA GENERAL, Edición en español MMXY EDITORIAL OCEANO, Barcelona, España.

Desordenes genéticos.

Desordenes hematológicos.

6- Esquema de las etapas de la Enfermedad Periodontal.



7- Consecuencias colaterales de la Enfermedad Periodontal.

Se ha observado que las bacterias presentes en este tipo de infecciones migran desde la boca hasta la circulación sanguínea, lo que produce un daño directo en el endotelio (componente principal de la pared arterial) con la consecuente formación de ateromas (engrosamiento de la pared arterial debido al depósito de colesterol) y trombos. Incluso, en pacientes fallecidos, se han realizado biopsias de ateromas, y se han encontrado bacterias periodontales, patógenos propios de las encías.

8 – Tratamiento de la Enfermedad Periodontal.

Eliminación de los biofilms bacterianos mediante diferentes tratamientos:

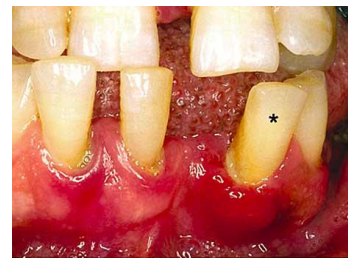
Mecánico: Raspado y alisado radicular.

Antibiótico: Auxiliados por el cultivo bacteriano y el antibiograma. Debe tenerse en cuenta que el antibiótico de elección debe tener un amplio espectro de

actividad que asegure la cobertura de patógenos aeróbicos y anaeróbicos. La amoxicilina + ácido clavulánico a dosis altas puede considerarse una buena elección de tratamiento antiinfeccioso.

Quirúrgico: En casos graves en los que no es posible el acceso a las bolsas con el tratamiento básico.

Masaje: El masaje periódico en las encías y dientes con los propios dedos es una práctica popular, extendida y muy eficiente (según los que lo practican). Sin embargo, no es una práctica aceptada o recomendada por los odontólogos profesionales.⁸



Higiene Bucodental

Los problemas y enfermedades odonto-estomatológicas más frecuentes debidos a una incorrecta o insuficiente higiene bucodental son:

- Problemas y enfermedades dentales:
 - Desarrollo excesivo de placa bacteriana y formación de sarro.
 - Halitosis.
 - Caries.
- Problemas y enfermedades periodontales:
 - Gingivitis.

⁸ Zerón Agustín. "Nueva clasificación de las enfermedades periodontales" Artículo original. Revista ADM Vol. LVIII, No. 1. Enero-Febrero 2001.</ref>www.wikipedia.com

- Periodontitis.

El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al odontólogo o al estomatólogo. También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa.

Una buena higiene bucodental debería establecerse mediante la adopción de 4 hábitos:

- El cepillado.
- La limpieza con hilo dental.
- El enjuague.
- Visita periódica al dentista.

El cepillado

Una buena higiene comienza por un correcto cepillado, que conviene realizar justo después de cada comida, ingesta de bebidas, especialmente las azucaradas y carbonatadas, de golosinas o aperitivos, o de cualquier alimento. El cepillado más importante, y el que no debe faltar, es el de después de la cena o de la última ingesta antes de dormir. Hay alimentos duros como la zanahoria cruda que al ser mordidos arrastran la placa bacteriana. Otros alimentos como el queso parecen tener propiedades remineralizantes del esmalte.

Sin embargo, un cepillado excesivo puede incidir en un temprano desgaste del esmalte, en especial si se han ingerido cítricos después de las comidas, por lo que lo ideal está entre 2 y 3 cepillados diarios.

También puede ser aconsejable cepillarse antes de la comida para reducir la placa bacteriana. El uso de chicles con xilitol puede ser aconsejable. La acción de masticar estimula la secreción de saliva que evita que el pH de la boca se vuelva excesivamente ácido. El xilitol inhibe el crecimiento de la bacteria, el

estreptococo mutante, que causa la caries. Estos chicles no sustituyen las ventajas del cepillado.

La higiene bucodental es igualmente necesaria si se ha producido regurgitación o vómito.

El cepillado debe realizarse introduciendo los filamentos del cepillo en el espacio que se forma entre la encía y el diente. Para ello, debe inclinarse el cepillo orientándolo hacia la línea que limita diente y encía. El objetivo es limpiar la placa bacteriana que se acumula en ese espacio, y que es el causante de la inflamación de la encía, por irritación química. El cepillado debe prolongarse durante el tiempo necesario para desorganizar la placa bacteriana. El revelador de placa bacteriana permite detectar las zonas de los dientes donde se acumula más placa.

Se debe también pasar el cepillo a la cara interna de las mejillas, la lengua, el paladar y las encías, si están sanos. Hay llagas que pueden remediarse realizando enjuagues de agua con sal. En caso de observar alguna anomalía hay que acudir al especialista.

Las encías sanas no sangran con el cepillado. Si se observa un sangrado evidente con un cepillado normal, lo probable es que se esté ante un caso de gingivitis. La solución es sencilla: acudir a un odontólogo o estomatólogo para que se realice una buena limpieza del espacio gingivo-dentario, con ultrasonidos. Es recomendable que esta limpieza profesional se efectúe al menos 2 veces al año. La higiene bucal ha sido esencial para el ser humano para la salud y el bienestar.

La limpieza con hilo dental

Se recomienda también limpiar el espacio interdentario con seda dental, al menos una vez al día, usando una parte distinta de la seda para cada espacio. Es rara la imposibilidad de introducir la seda entre las piezas dentales. Si esto ocurriera, debe consultarse con el odontólogo o estomatólogo.

Otro problema que puede deberse a una deficiente higiene bucodental es la halitosis. El mal olor del aliento puede verse influido por la presencia de caries.

El enjuague

Tras pasar el cepillo y la seda, puede ser conveniente un enjuague con un colutorio, especialmente en caso de gingivitis. Los colutorios con clorhexidina parecen poseer una importante actividad antibacteriana.

Tampoco se recomienda abusar del colutorio, es decir, está especialmente indicado para la eliminación de la placa bacteriana y un mantenimiento periódico, pero abusar de él puede ser totalmente contraproducente para la protección del esmalte dental. Además los colutorios eliminan todas las bacterias de la boca, tanto las dañinas como las beneficiosas que defienden, por lo que deja vulnerable la boca durante cierto tiempo. Siempre fijarse que los colutorios no contengan alcohol, ya que se ha demostrado que el abuso de dichos productos incide en una mayor probabilidad de contraer cáncer bucal.

La higiene bucal es un cuidado que uno realiza para tener un buen funcionamiento en nuestro aparato fonador ya que para lo cantantes tienen mucha higiene para el buen funcionamiento⁹.

Antecedentes Familiares.

Los miembros de una familia tienen en común genes, comportamientos, estilos de vida y ambientes que juntos pueden influenciar su salud y su riesgo de enfermedades crónicas.

⁹ Cuenca Sala, Emili "Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones". "Higiene Bucodental". Barcelona: Masson. 1999. www.wikipedia.com

La mayoría de las personas ya tienen antecedentes familiares de alguna enfermedad crónica (por ejemplo, cáncer, cardiopatías coronarias y diabetes) o de otras afecciones (por ejemplo, hipertensión arterial e hipocolesterolemia).

Las personas con un familiar cercano que padece una enfermedad crónica pueden tener un mayor riesgo de padecer esa misma enfermedad que aquellas personas sin tal familiar.

Los antecedentes familiares de enfermedad son documentos gráficos o escritos de las enfermedades y afecciones presentes en una familia. Para ser útil, los antecedentes familiares deben mostrar tres generaciones de los familiares biológicos de una persona, la edad al momento del diagnóstico de cada familiar afectado, y la edad y causa de muerte de cada familiar fallecido. Los antecedentes familiares de enfermedad son una herramienta útil para comprender los riesgos a la salud y para prevenir enfermedades en las personas y sus familiares cercanos.

Algunas personas pueden conocer mucho y otras muy poco de sus antecedentes familiares de enfermedad. Siempre es útil hablar con miembros de la familia sobre los antecedentes familiares, anotar esa información y actualizarla de vez en cuando. De esta manera, los miembros de una familia pueden contar con información organizada y precisa para proporcionarla a sus proveedores de salud. Esta información puede ayudar a los proveedores de salud a determinar los exámenes y pruebas médicas recomendadas que permitan a los miembros de una familia conocer los riesgos a su salud¹⁰.

¹⁰ Genómica en Salud Pública “Antecedentes familiares de Enfermedad”. Centro para el control y la prevención de enfermedades. www.cdc.gov/genomics/spanish/famhistory/.

Apiñamiento Dental.



El apiñamiento dental se refiere a los dientes montados unos encima de otros, es provocado por una incorrecta alimentación, una mayor respiración por la boca y algunos malos hábitos adquiridos, sobre todo en la infancia. Además de una mayor incidencia de caries, las personas con este tipo de anomalía pueden tener problemas a la hora de hablar y puede afectar la autoestima.

Este apiñamiento se produce porque existe una diferencia entre el tamaño de los dientes y el espacio que hace falta para que estén alineados. Esto conlleva a veces a que los dientes no salgan y se queden dentro del hueso, en otros casos los dientes sí salen pero quedan montados entre sí.

El apiñamiento resulta de la actuación conjunta de varias circunstancias que se dan durante el desarrollo de los dientes. La herencia genética puede ser un factor aunque en un elevado porcentaje la causa radica en otros factores independientes del desarrollo de cada persona.

Cabe decir que el apiñamiento es más frecuente en las sociedades desarrolladas y que aumenta con la edad.

Se ha percibido un aumento de casos de este problema que puede ocasionar dificultades para comer y hablar e incluso problemas bucodentales como consecuencia de la acumulación de placa.

Por ello, y dado que este apiñamiento se puede corregir desde edades tempranas, el especialista recomienda a los padres no abusar de las comidas blandas como cereales y comidas de bebé, pues “ingerir este tipo de alimentos

hace que los músculos y los huesos se vuelvan débiles y no se desarrollen correctamente”. Aconsejamos ir añadiendo poco a poco comidas más duras en la dieta de los niños como manzanas o carne, para que empiecen a masticar.

Existen distintos tipos de apiñamiento que se clasifican fundamentalmente por la causa que lo produce y por la edad en la que se produce.

En primer lugar está el que se conoce como primario. Éste se debe a la influencia del factor genético. Así, cuando los padres han tenido los dientes apiñados, es frecuente que los hijos también los tengan.

El factor genético, aunque se conoce desde hace tiempo, no ha sido bien aclarado. Se pensaba que el niño podía heredar los huesos pequeños de la madre y los dientes grandes del padre; pero en la actualidad se tiende a creer que el apiñamiento es la suma de la interacción de genes, en la herencia del volumen de los maxilares y de los dientes.

Asimismo la tendencia en la evolución del hombre es a aumentar el volumen de la cabeza y a llevar a los huesos maxilares hacia atrás. Por ello, se tiende a reducir, conforme evoluciona la especie, a tener los huesos de la boca más pequeños.

Por otra parte también influye la dieta de las personas, ya que las comidas blandas hacen que los músculos no se ejerciten lo suficiente y por tanto los huesos tampoco. Por esto es tan importante que los niños empiecen a masticar pronto, de este modo el desarrollo de los huesos será más completo y los dientes podrán tener el espacio suficiente.

Además también influye el hecho de que los incisivos superiores (paletas) estén en una correcta inclinación (ligeramente hacia delante), de forma que dejen más sitio que si están inclinados hacia atrás.

La presencia de más dientes en la boca de lo normal, dientes extra, hace que se necesite también más espacio en los huesos para que queden alineados.

El apiñamiento llamado secundario es el que se produce por alteraciones que se dan en la boca que actúan sobre los dientes y consiguen recortar el espacio del que se dispone para que queden normalmente alineados.

Estas alteraciones, que podemos prevenir, son por ejemplo la presencia de hábitos como chuparse el dedo, interponer el labio inferior entre los dientes de arriba y los de abajo o respirar por la boca en vez de la nariz. Esto produce un desequilibrio entre los músculos de la lengua, mejillas y labios que repercute en la posición de los dientes. Por otra parte, la pérdida de dientes de leche hace que las piezas vecinas intenten tapar el espacio que queda, de modo que cuando salgan los permanentes, tengan menor espacio. Esto se da sobre todo si se pierden las muelas primarias. También es importante decir que este desequilibrio que se produce dependerá de la edad a la que se pierda el diente de leche, ya que si el permanente está a punto de salir la pérdida de espacio es menor.

Otro tipo de apiñamiento es el que se produce en la última fase de crecimiento maxilar. Puede producirse en bocas que tienen los dientes en una correcta posición como en las que no lo están. Su origen se atribuye a dos posibles causas; por una parte se ha observado que la salida a la boca de las muelas del juicio suele coincidir cronológicamente con la aparición del apiñamiento. Se piensa que la presión que ejerce esta muela hacia delante rompería el equilibrio existente en la zona anterior de la boca. Esta hipótesis está muy discutida ya que este apiñamiento tardío también se ha observado en personas que no tienen formadas las muelas del juicio. Por ello aunque no se descarta su influencia, el resultado de los estudios realizados no demuestra por sí sólo el papel de estos dientes en la aparición del apiñamiento.

Por otra parte **aumentan el riesgo la presencia de hábitos bucales**, como respirar por la boca, chuparse el dedo o morderse el labio inferior. De este modo las fuerzas que se producen alteran la posición de los dientes y hace que se solapen o creen otro tipo de anomalía.

Además la pérdida de dientes de leche antes de la época de recambio, ya sea por caries o por traumatismos, hace que se pierda espacio si pasa un tiempo hasta la salida del diente permanente y no se toman medidas.

La influencia del tercer molar (muela del juicio), al estar impactada dentro del hueso por no estar el arco dentario amplio, estos muchas veces empiezan a empujar las piezas dentales que están erupcionados especialmente se da en el arco inferior empujando las raíces de los segundos molares y ocasionan muchas veces apiñamiento, por lo que se considera a través de exámenes radiográficos la posición de estos y la inmediata extracción

Recomendaciones

A modo de resumen se puede decir que hay problemas que requieren ser tratados lo antes posible, en cuanto se detectan; otros que requieren que el niño esté en su punto máximo de crecimiento craneal para que el aparato haga el efecto deseado; y otras veces, normalmente en los casos más sencillos, es recomendable que estén en la boca todas o casi todas las piezas permanentes para empezar.

En cualquier caso, el ortodoncista valorará si es necesario esperar unos meses o solicitará las radiografías necesarias para realizar el estudio de ortodoncia y determinar si es el momento de comenzar el tratamiento¹¹.

¹¹Dra. Jenny Urquiza. Odontóloga. "Apiñamiento Dental". Mundo Actual.
www.nuevotiempo.org.mundoactual/apiñamiento-dental.

Tratamiento

Tipos de aparatos más comunes en función de su problemática

La aparatología que la población asocia con más frecuencia al concepto de ortodoncia son los brackets. Estos “botoncitos” metálicos o transparentes pegados a cada uno de los dientes de la boca, son efectivamente lo más usado en Ortodoncia para la corrección de todo tipo de problemas. Sin embargo raramente verá a un niño entre 6 y 8 años con brackets en boca. Para edades más tempranas (desde los 6 años) los aparatos de Ortopedia son los aparatos estrella. Este tipo de aparatología no tiene como objetivo la alineación de los dientes sino la corrección de los problemas óseos que determinan un incorrecto engranaje de los dientes superiores con los inferiores¹¹.

Prótesis dental.



Prótesis completa de resina ("dentadura postiza").

Una prótesis dental, es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone tanto la dentición natural como las estructuras periodontales.

Objetivos de las prótesis

Funcionalidad

Tal vez sea el objetivo de mayor importancia en una prótesis, puesto que recuperar la funcionalidad de una boca es lo básico para el bienestar del paciente, y es lo primero, aunque no lo único, que ha de lograrse. Las funciones de la boca que ante todo se deben recuperar son: primero una masticación eficaz (eficiente trituración de los alimentos), sin que la prótesis interfiera en la deglución, puesto que ambas funciones influyen directamente en algo tan fundamental como lo es la alimentación, y segundo una fonética adecuada que permita al paciente una correcta comunicación, sin que la prótesis interfiera en ella, sino todo lo contrario, que la posibilite. Además de esto, obviamente debe tenerse en cuenta que las prótesis no deben interferir en la respiración.

Para lograr la funcionalidad de la prótesis, se deben tener en cuenta 4 factores:

Retención

Toda prótesis, sea del tipo que sea, debe tener un sistema de retención eficiente, es decir, que la restauración se mantenga sujeta en la boca y no se caiga o salga de su posición, ya que de no ser así la masticación, deglución y fonética, se verán afectadas e incluso imposibilitadas.

Si la prótesis es fija, no existirá ningún tipo de problema con su retención. Si es una prótesis removible metálica, la disposición de los ganchos metálicos, así como la eficacia de los mismos, debe ser la adecuada, puesto que básicamente la retención de la prótesis será producida por los mismos. Si se trata de una prótesis completa de resina, la más problemática al respecto, se deberá tener en cuenta el buen diseño de la base de la dentadura así como su superficie, que deberá ser lo suficientemente amplia para lograr una mayor retención en boca (para mejorar la retención en este tipo de prótesis, existen productos adhesivos como cremas y polvos). Si la prótesis es mixta, el atache deberá funcionar correctamente, pues es este el que facilita la retención.

Soporte

El soporte de las prótesis, es decir las estructuras de la boca (dientes y periodonto) que soportarán las prótesis, deberán ser cuidadosamente escogidas, ya que tanto la estabilidad como la retención, dependerá en parte de un buen soporte. Debe tenerse en cuenta las fuerzas oclusales para que el soporte sea, dentro de lo posible, el más amplio y mejor repartido en boca.

Las prótesis pueden ser:

- **Dentosoportadas :**

Aquellas que son soportadas por los dientes pilares, o remanentes, del paciente, que son dientes naturales que este aún conserva. Los dientes pueden conservar íntegramente su estructura, o pueden ser (en la gran mayoría de los casos) dientes previamente tallados por el odontólogo. Dentosoportadas son las prótesis fijas

- **Mucosoportadas :**

Aquellas que se soportan sobre el proceso alveolar, en contacto con la encía que es un tejido fibromucoso. Las prótesis completamente Mucosoportadas son las típicas "dentaduras postizas" (prótesis completas de resina).

- **Dentomucosoportadas :**

Aquellas que combinan los dos tipos de soportes anteriormente mencionados, es decir, se soportan tanto en los dientes remanentes del paciente como en el proceso alveolar. Son las prótesis de metal, las prótesis parciales de resina, y las prótesis mixtas.

- **Implantosoportadas :**

Aquellas que son soportadas por implantes quirúrgicos (prótesis implanto soportadas).

Estabilidad

La estabilidad de una prótesis es fundamental, ya que una prótesis inestable (que "baila" en la boca), entre otras cosas se balanceará al morder por uno u otro lado, por lo que no es una prótesis funcional ya que dificulta la masticación y la fonética, además de ser ya de por sí incómoda en boca. La estabilidad deberá ser observada mientras se buscan el soporte y la retención más adecuadas, para lograr que los tres principios fundamentales estén interrelacionados y conseguidos equilibradamente.

Tanto la unidad de retención, como de soporte o estabilidad contrarrestan el movimiento protésico atento a las diferentes fuerzas que actúan sobre el aparato protésico y, de no estar correctamente diseñado, inevitablemente desplazarían al aparato de su inserción.

Sin embargo, si analizamos la interface "prótesis" "soporte" y, llamamos a la primera "aparato protésico" y al segundo "terreno protésico" tendríamos pues, unidades funcionales que dependan de uno (en su diseño y constitución) y unidades funcionales que dependen del otro (en cuanto a su preparación previa). Ejemplo de ello es la Torre de Pisa, cuya inclinación se debe tanto a sus componentes estructurales, como al terreno que la soporta (cuando empezaron a construirla el terreno empezó a ceder, por lo que la parte superior tiene una inclinación distinta a la de la parte inferior).

Por lo que, además de los factores expuestos anteriormente, deberíamos agregar un cuarto:

Fijación

La Fijación no depende del aparato protésico, sino del terreno de soporte.

De la misma manera que cada aparato protésico tiene sus propias unidades de retención, soporte y estabilidad; cada prótesis tendrá su propia unidad de fijación. En Prótesis Total, la unidad de fijación estará dada por la estabilidad de la mucosa adherida al hueso, vale decir que, una excelente soporte en cuanto a cantidad de superficie y a contorno fisiológico del reborde residual deberá depender de la cantidad de hueso remanente (que es en definitiva quien soportará las fuerzas oclusales) y no de un tejido hiperplásico móvil o pendular. En prótesis removible o fija estará dada por la relación de inserción periodontal de las piezas pilares con respecto a la corona clínica del mismo. En prótesis implanto retenida la unidad de fijación está íntimamente ligada a la oseointegración del implante.

Salud

La sola funcionalidad de la prótesis ya significa calidad de vida y por tanto salud para el paciente, pero además de esto, otro objetivo fundamental es evitar que el resto de las estructuras dentarias del aparato masticador sufran deterioros, puesto que las prótesis reparan incluso la dimensión vertical de la boca, evitando así mal posiciones articulares que tendrían efectos muy dispares. Cuando una boca carece de la totalidad o parcialidad de las piezas dentarias, las diferentes estructuras que componen dicha cavidad oral se van adaptando a la nueva situación, lo que producirá posibles situaciones inadecuadas para la salud de los dientes o para la salud oral en general. Las prótesis dentales deben tener en cuenta las fuerzas oclusales o masticatorias, que son las presiones que se realizan durante la masticación de alimentos, para que esta presión esté repartida y equilibrada, evitando así el sufrimiento mecánico de la boca y futuros problemas desencadenados.

Estética

Tal vez podría decirse que en la sociedad actual, como en tiempos pasados, la estética se busca por necesidad y por ello, ya sea una necesidad impuesta o auto impuesta, la estética y buena apariencia, se convertirá en otro

objetivo más para las prótesis. La belleza es algo cultural, un concepto abstracto y subjetivo, por ello tal vez no siempre el paciente tendrá el mismo criterio de 'prótesis estética' con respecto al de los profesionales sanitarios. Cuando se habla de estética en este campo, puede aparecer el error de relacionar lo mejor y más bello con lo más perfecto, dentaduras blancas, dientes alineados a la perfección y sin ningún tipo de desgaste, etc., no obstante, el objetivo protésico será conseguir una dentadura de aspecto estético, pero no tan perfecto como sí natural, teniendo en cuenta la edad del paciente, sexo del paciente, morfología facial del paciente, tamaño de la cara y la propia dentadura del paciente. Los dientes deberán colocarse del mismo color y forma que las piezas naturales, sobre todo si el paciente conserva parcialmente su dentadura. Estéticamente, una dentadura completa y sana es importante, sin embargo, las prótesis no se limitan a restaurar las dentaduras, sino que también restauran la dimensión vertical de la boca y el aspecto global de la cara.

A la hora de confeccionar una prótesis, deberá tenerse en cuenta la línea media (que permite saber dónde va el primer central), la línea de sonrisa (que permite establecer la longitud de los dientes), y la línea de los caninos (que permitirá determinar la amplitud del grupo anterior).

El término **dentadura postiza** es tal vez el más conocido, en ocasiones usado para generalizar todo tipo de prótesis, no obstante, la utilización de estas palabras es en realidad un error. Existen diversos tipos de prótesis dentales, y cada una de ellas serán las indicadas según las necesidades del paciente. En ocasiones existen más de una solución protésica para una misma boca, en cuyo caso el odontólogo deberá explicar las ventajas e inconvenientes de unas prótesis sobre otras, para que finalmente sea el paciente quien, aconsejado, elija, tal vez por salud, comodidad, eficacia o incluso por precio, pues estos son algunos de los factores a tener en cuenta. Cuando la propia boca es la que limita el tratamiento prostodóntico, el tipo de prótesis a utilizar será el que indique el odontólogo. Las prótesis podrían clasificarse de diversos modos teniendo en cuenta diferentes características de las mismas (tipo de soporte, materiales de confección, tipo de restauración, etc.), no obstante, según algunos factores, los tipos de prótesis se pueden clasificar de este modo:

Removibles

Son aquellas que el paciente puede retirar de la boca y volver a colocar por sí mismo:

- Prótesis removible de resina
- Prótesis removible metálica o esquelética
- Ortodoncia removible

No removibles

Son aquellas que bien por cementado o atornillado, sólo puede colocar y retirar el odontólogo:

- Prótesis fija

Otros

- Prótesis mixta:

Constan de una parte que va fija en la boca y otra que el paciente puede retirar y colocar.

- Prótesis sobre implantes o Implantosoportadas:

Son aquellas que están soportadas por implantes fijos. Pueden estar fijas a los mismos, o ser un dispositivo mixto que pueda retirarse de los implantes con facilidad.

Uso de la prótesis, cuidados e higiene

Cada prótesis presentará unas determinadas indicaciones de las que deberá ser informado el paciente por el odontólogo. Según el tipo de prótesis el paciente deberá concienciarse en mayor o menor medida del mantenimiento de la misma, no obstante, son las prótesis removibles (aquellas que el paciente puede

retirar de la boca y colocar nuevamente por sí mismo), las que necesitarán de una especial indicación para el usuario. Algunos consejos generales para este tipo de prótesis bien podrían ser:

- Lavar la prótesis después de cada comida, usando un cepillo de dientes convencional o bien un cepillo especial para prótesis (que se puede adquirir en cualquier farmacia), aplicando jabón o cualquier tipo de lavavajillas líquido, después aclarar muy bien con agua. El uso de pasta dentífrica para limpiar este tipo de prótesis está contraindicado ya que provoca la opacidad y deterioro de la capa externa de la prótesis eliminando con el tiempo su brillo original, promoviendo la porosidad del material, que en el futuro facilitará la agregación de bacterias a la misma y consigo la formación de placa bacteriana y sarro. Es importante la higiene de la prótesis así como de la propia boca, principalmente por salud y por tanto por comodidad y bien estar, evitando además el deterioro de la prótesis, así como malos olores o la simple pérdida de las características estéticas de la misma. Por ello el odontólogo suele insistir al paciente en la necesidad de realizar esta operación, si no tras cada comida, al menos una vez al día.
- Retirar la prótesis para dormir, puesto que es recomendable que los tejidos de la boca descansen de la presión a la que se ven sometidas, al menos unas horas diariamente.
- Mientras se mantenga la prótesis fuera de la boca, se aconseja conservarla en agua, bien sola, o bien añadiéndole unas pastillas desinfectantes preparadas para ese menester. De este modo se evitan golpes y deformaciones, al mismo tiempo que se conservan mejor los materiales de los que están hechas las prótesis¹².

¹²“Prótesis Dental”. www.wikipedia.com.

- Cuando se mantenga la prótesis retirada de la boca, tal vez antes de dormir, es aconsejable realizar masajes en las encías, puesto que de este modo se mejorará el riego sanguíneo, lo que hará que la reabsorción de los tejidos sea al menos algo menor.

En coronas y puentes fijos, el cepillado deberá realizarse de igual modo que el de una dentadura natural, existiendo hilos dentales especialmente diseñados para este tipo de prótesis, siendo recomendables también los enjuagues bucales con gluconato de clorhexidina o incluso fluoruro de sodio, previamente recetados por el odontólogo¹².

TABAQUISMO

El hábito de fumar ha sido durante mucho tiempo asociado con una variedad de enfermedades bucales, incluidas las periodontales. Estudios realizados en las 2 últimas décadas han indicado que el hábito de fumar es probablemente un verdadero factor de riesgo para periodontitis. Los fumadores son más propensos a desarrollar enfermedades periodontales más severas y a la pérdida de dientes, que los no fumadores.

Los problemas del tabaco comienzan en la boca.

El tabaquismo no sólo se asocia a cáncer de pulmón, sino que cada día hay más evidencia científica consolidada sobre cómo los cigarrillos sumados a una mala higiene bucal pueden estar vinculados al desarrollo de otros problemas importantes, como un mayor número de caries, dificultades en el tratamiento de implantes, cáncer oral y oro faríngeo y periodontitis.

Y es que la boca es uno de los lugares donde más se hacen sentir los efectos del tabaco. Sin ir más lejos, científicos de la Universidad de Colorado (Estados Unidos) sugieren a través de un estudio, publicado en el último número de *Otolaryngologic Clinics of North América*, que entre los fumadores se observa

una mayor cantidad de lesiones en las raíces de los dientes, ya que el hábito provoca la pérdida de su soporte y expone la raíz, que es el área del diente con un riesgo de caries más elevado.

Asimismo, “fumar disminuye la salivación, que es una protección que genera el propio cuerpo y su déficit provoca que la superficie dental esté más expuesta”, indica Elías Casals, presidente de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (Sespo) y ponente en un encuentro sobre salud bucal patrocinado por Oral-B la semana pasada en Madrid.

Dicha asociación no sólo perjudica a los adultos, sino que ser hijo de fumadores también se asocia a una mayor prevalencia de caries dental en niños de corta edad, tal y como se publicaba en 2009 en *Journal of Pediatrics*.

FALLO DE OSTEINTEGRACION

Otro problema dental derivado del tabaco es la tasa de fracaso de los implantes. El hábito está relacionado con una mayor pérdida del soporte óseo de este producto sanitario, especialmente en el maxilar superior, influyendo en su pérdida total. Se estima que el riesgo de fracaso en un paciente no fumador es de un 2 por ciento. “Si es gran fumador (más de 20 cigarrillos al día) el riesgo se eleva hasta 3 ó 4 veces más”, alerta Manuel Alfonso Villa, presidente del Consejo de Odontólogos. En concreto, se produce un riesgo en la osteointegración tras ser colocado, lo cual requiere la retirada del mismo. De hecho, matiza Antonio Bascones, catedrático de la facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, “para utilizarlos hay que abandonar el tabaco previamente”.

Aunque en menor medida, el gran consumo de esta droga se vincula a pigmentaciones con melanina, especialmente en las mejillas y en la encía adherida. Es un cambio asintomático y reversible, aunque se tarda más de un año en recuperar el color después de dejarlo.

También es frecuente que el fumador desarrolle un paladar duro, pálido o blanco, a menudo combinado con múltiples puntos rojos. Esto es debido a la isquemia circulatoria; es decir, constricción de los vasos sanguíneos que propicia menor flujo de sangre y puede desaparecer al dejarlo. De lo contrario, “podría provocar lesiones pre cancerosas y el asiento de un carcinoma”, alerta Casals.

La placa bacteriana y el sarro son los principales detonantes de las enfermedades periodontales crónicas. La encía recibe menos sangre y oxígeno, al mismo tiempo que disminuyen los mecanismos de defensa frente a las bacterias de la placa bacteriana, que se vuelven más agresivas y destruyen de manera más activa los tejidos que sostienen los dientes.

Las bacterias por sí mismas no son capaces de provocar las consecuencias de estas enfermedades, sino que necesitan de un individuo susceptible (predisposición genética) y un medio ambiente adecuado (factores como tabaco y estrés son factores de riesgo muy importantes en la colonización de estas bacterias).

Los estudios sobre población indican que los fumadores y especialmente de grandes cantidades, tienen una clara tendencia a la enfermedad periodontal. Esto se explica por el efecto local de los productos derivados de la combustión del tabaco y el efecto general desencadenado por los productos tóxicos del tabaco sobre el organismo.

La encía recibe un menor aporte sanguíneo y de oxígeno a la vez que disminuyen sus mecanismos defensivos contra las bacterias de la placa bacteriana. Esto justifica que estas bacterias dañinas produzcan una mayor destrucción del conjunto de elementos de sujeción del diente¹³.

¹³Dra. Bárbara Toledo Pimental, Dra. María Elena González Díaz. Dra. María Susana Alfonso Tarraú. Dra. Aleida Pérez Carrillo³ y Dra. María Lucía Rodríguez Linares³ “Tabaquismo y enfermedad periodontal” Revista Cubana de Medicina Militar v.31 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2002. www.scielo.sld.cu

Los factores de higiene oral eran considerados como responsables directos de la incidencia y de la gravedad de las enfermedades periodontales en los fumadores.

Actualmente se ha comprobado que el tabaquismo es un factor independiente y directo que acelera la pérdida ósea alrededor de los dientes.

También el tabaquismo posee una acción sobre la salivación, la cual se ve aumentada, favoreciendo la mineralización de la placa bacteriana y por ende la formación de sarro¹³.

DESÓRDENES HEMATOLÓGICOS.

NEUTROPENIA: los pacientes con neutropenia maligna presentan ulceración y necrosis de margen gingival, presencia de sangrado, en ocasión se asocian con inserción periodontal.

LEUCEMIAS: en esta patología se presentan manifestaciones periodontales con mayor frecuencia.

DESÓRDENES GENÉTICOS:

NEUTROPENIA FAMILIAR: es la disminución aguda o crónica de granulocitos de la sangre, condición anormal de la sangre que puede predisponer al cuerpo humano a contraer infecciones. Se produce bolsas periodontales profundas y extensas pérdidas de huesos generalizada, también asociada a la dentición permanente. En al neutropenia familiar no todos los individuos presentan la enfermedad.

SINDROME DE DOWN: en individuos con este síndrome es muy alta la prevalencia a contraer esta enfermedad. La enfermedad periodontal está caracterizada por una periodontitis temprana. Los sitios más frecuentes de la

destrucción periodontal son alrededor de los incisivos u molares. Las raíces de los incisivos son cortas lo que facilita la pérdida prematura de estos dientes.

SINDROME DE PAPIILLON-LEFEVRE: enfermedad hereditaria autonómica recesiva que se manifiesta con lesiones hiperqueratósicas en la piel la que ocurre comúnmente antes de la pubertad con pérdida de los dientes residuos y permanentes, los dientes se pierden en orden de erupción.

SINDROME CHEDIAK-HIGASHI: enfermedad de origen hereditario autosómica recesiva caracterizada por la alteración en la función quimiotáctica y bactericida de los neutrófilos, asociada con periodontitis severa.

HISTICITOSIS: enfermedad que puede presentarse en cualquier etapa de la vida se caracteriza por la presencia de úlceras necróticas con gran cantidad de tejidos de granulación de y gran pérdida ósea, muy parecidas a la periodontitis.

ENFERMEDAD DE ACUMULACION DE GLICOGENO: condición autosómica recesiva en la que hay alteración en el metabolismo de los carbohidratos.

GRANULOCITOSIS GENETICA INFANTIL: desorden autonómico recesivo caracterizado por neutropenia severa.

HIPOFOSFATASIA: disminución de la fosfatasa alcalina sérica y pérdida del hueso alveolar, lo que lleva a la pérdida de los dientes.

Además de las enfermedades anteriormente mencionadas hay factores sistemáticos que modifican o predisponen la presentación de la enfermedad tales como la diabetes mellitus que modifican significativamente todas las formas de periodontitis cuando esta no es controlada.

Muchas drogas como fenitoína, nifedipina y ciclosporina producen crecimiento gingivitis y pueden modificar una enfermedad periodontal preexistente¹⁴.

¹⁴La Periodontitis. "Desordenes Hematológicos y Genéticos". www.monografias.com

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Con el fin de identificar cuáles son las causas más comunes de contraer la Enfermedad Periodontal en los pacientes que concurren al servicio de odontología de la Obra Social de empleados público OSEP Delegación Malargüe; se realizara un estudio de tipo Cuantitativo, Observacional y Descriptivo.

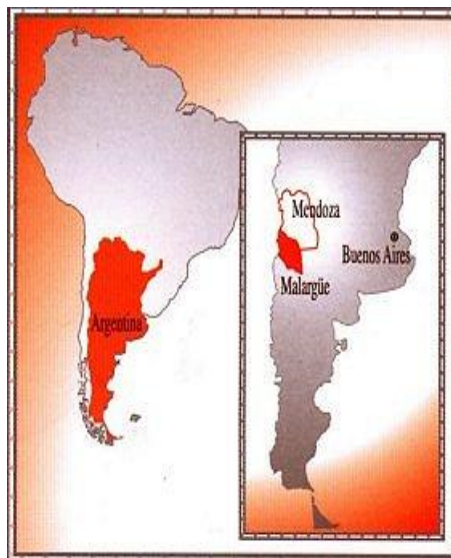
De acuerdo al periodo y secuencia es un estudio Transversal.

Según a como ocurren los hechos es de tipo Prospectivo.

La misma se llevara a cabo en la Delegación de Obra Social de Empleados Públicos Malargüe, durante los meses de mayo 2010 a mayo 2011.

AREA DE ESTUDIO

SITUACION GEOGRAFICA.CIUDAD DE MALARGUE. MENDOZA



Plano de la ciudad



La Delegación OSEP Malargüe, se encuentra ubicada al noreste del Departamento de Malargüe, Provincia de Mendoza, sobre la calle Uriburu al N°233, entre Inalican y Saturnino Torres.

La misma depende de OSEP Central, ubicada en la Ciudad de Mendoza , quien la provee de lo necesario para su manejo y de los insumos correspondientes para cada área.

Esta Delegación cuenta con 6000 afiliados aproximadamente, a los cuales se les presta servicios de: Enfermería; Odontología; Clínica; Pediatría; Ginecología; Fonoaudiología; Psicología; Cardiología, Nutrición; ORL; Kinesiología entre otros; y son brindados a todos los empleados que trabajen en entidades públicas de la Provincia de Mendoza (incluyendo a sus familiares directos, ofreciendo este beneficio a los hijos hasta los 21 años cumplidos), además de incluir a afiliados voluntarios.

Se atiende de lunes a viernes de 8 a 20 hs, y los días sábados de 8 a 12 hs.

El servicio de odontología, atiende de lunes a sábado; con un promedio de 5300 visitas anuales, realizando tratamiento preventivo, tratamiento de patologías dentarias, ortodoncia, prótesis, etc.

UNIVERSO Y MUESTRA

La Delegación de OSEP Malargüe cuenta con 6000 afiliados aproximadamente al día de la fecha.

Para el siguiente estudio se tuvo en cuenta, solo los afiliados que concurren al servicio de odontología de la delegación durante el periodo descrito; a partir de los 11 años en adelante, presentando esta patología, teniendo en cuenta su etapa inicial (Gingivitis).

Fueron examinados todos los pacientes a partir de los 11 años, que de manera consecutiva acudieron al servicio de odontología de la Delegación de OSEP Malargüe, solicitando atención dental entre mayo de 2010 y mayo de 2011.

Todos los pacientes fueron interrogados sobre edad, antecedentes patológicos (osteoporosis, menopausia, hipertensión, discapacidades, entre otras), higiene bucal (técnicas de higiene), tabaquismo, conocimiento previo de la enfermedad a investigar, si al ser atendido por otra causa el odontólogo hace hincapié sobre esta patología, antecedentes familiares; los datos obtenidos fueron plasmados en una encuesta, la misma fue realizada durante la atención odontológica con previo consentimiento tanto del paciente como del odontólogo tratante.

Cabe destacar que los pacientes entrevistados no han sido reiterados, para lograr una mayor fidelidad de los datos obtenidos.

HIPOTESIS

“La falta de higiene bucal es el principal factor causante de enfermedad periodontal en los pacientes que concurren al Servicio de Odontología de la Delegación de OSEP Malargüe”.

DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	
SEXO	Condición orgánica, Femenina o Masculina.	Femenino.	Masculino.
EDAD	Tiempo que ha vivido un ser vivo. Tiempo de existencia de alguna persona.	- 10 a. y 11 m. a 19 a. y 11 meses. - 20 años a 29 años y 11 meses. - 30 años a 39 años y 11 meses. - 40 años a 49 años y 11 meses. - 50 años a 59 años y 11 meses. - 60 años a 69 años y 11 meses. - 70 a. a los 79 años y 11 meses.	
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL	Conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud bucal.	Practica	No practica
VARIABLE	DEFINICIÓN	lo realiza	veces por día
CEPILLADO DENTAL	Habito cotidiano en la higiene de una persona. Actividad para la eliminación de placa bacteriana dental.	Si. No.	1 vez. 2 veces. 3 veces. 4 veces.
TECNICAS DE HIGIENE BUCAL.	Instrucciones adecuadas para la realización de una correcta higiene bucal.	tiene técnica no tiene técnica	
CONOCIMIENTO PREVIO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	Poseer educación sobre Enfermedad Periodontal, factores de riesgo y consecuencias, previo al padecimiento.	tiene conocimiento No tiene conocimiento	

VARIABLE	DEFINICIÓN	PADECE	TIPO
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Enfermedades o episodios patológicos ocurridos antes o durante el ciclo vital.	Si. No.	Metabólicas: Diabetes. Colitis ulcerosa. Genéticas. Cardiológicas.
ANTECEDENTES FAMILIARES	Registro que indica las características de ciertas enfermedades en una familia.	Si. No.	Enfermedad Periodontal

VARIABLE	DEFINICIÓN	PRESENTA
APIÑAMIENTO DENTARIO	Se refiere a los dientes montados, provocado por una incorrecta alimentación, respiración bucal o malos hábitos.	Si. No.
PRÓTESIS	Es una elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias.	Si. No.
ORTODONCIA	Estudio de las malformaciones y defectos de la dentadura, dedicado al tratamiento de corregir dichos defectos a través de aparatología fija o móvil.	Si. No.

PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

RECOLECCIÓN: ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES AFILIADOS DE LA DELEGACION DE OSEP MALARGUE, QUE CONCURRIERON AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA.

Nombre y apellido: (cabe destacar que el mismo fue interrogado con el objetivo de no repetir al mismo paciente).

Sexo. **Femenino.** **Masculino.**

Edad:.....

Realiza higiene bucal: **SI** **NO**

Cuantas veces al día: 0 1 2 3 4.

Posee técnica de Higiene: **SI** **NO**

Posee conocimientos sobre Enfermedad Periodontal: **SI** **NO**

Antecedentes patológicos: **SI** **NO** ¿Cuál?:

Antecedentes familiares: SI NO

Usted fuma: SI NO

Además de estos datos obtenidos a través de la encuesta, también se tuvieron en cuenta las observaciones del Odontólogo tratante como:

Presenta Apiñamiento dental: SI NO

Utilización de Prótesis: SI NO

Utilización de Ortodoncia: SI NO

PROCESAMIENTO: Se realizó una tabla matriz con los datos arrojados en primera instancia, y luego distribuciones de frecuencias de cada uno de los indicadores de las variables.

ANÁLISIS: Se realizó análisis univariado y bivariado, cruzando datos de variables que a juicio de las autoras eran más relevantes.

ESTADÍSTICA: Los pacientes que concurrieron al servicio de Odontología de la Obra Social de empleados públicos Delegación Malargüe, durante 12 meses (entre mayo de 2010 a mayo de 2011), en los cuales transcurrió dicho estudio, fueron 3.325 en total; de los cuales 400 pacientes presentan Enfermedad Periodontal.

Total de Pacientes con Enfermedad Periodontal: 400.

Se realizo una tabla matriz para volcar los datos obtenidos, en donde se incluyeron: edad, sexo, conocimiento previo, apiñamiento dentario, antecedentes familiares, cantidad de higiene, antecedentes patológicos, tabaquismo, prótesis, ortodoncia, técnica e higiene.

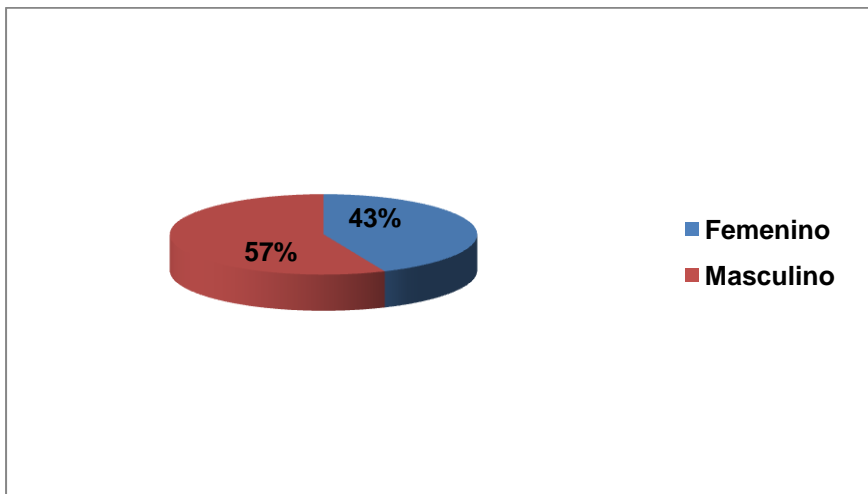
TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Nº 1: Distribución de la muestra de los pacientes con Enfermedad periodontal que concurrieron al servicio de Odontología de OSEP Malargüe, según sexo.

SEXO	Fa.	Fr. %
MASCULINO	226	56.5%
FEMENINO	174	43.5%
TOTAL.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

GRÁFICO Nº 1



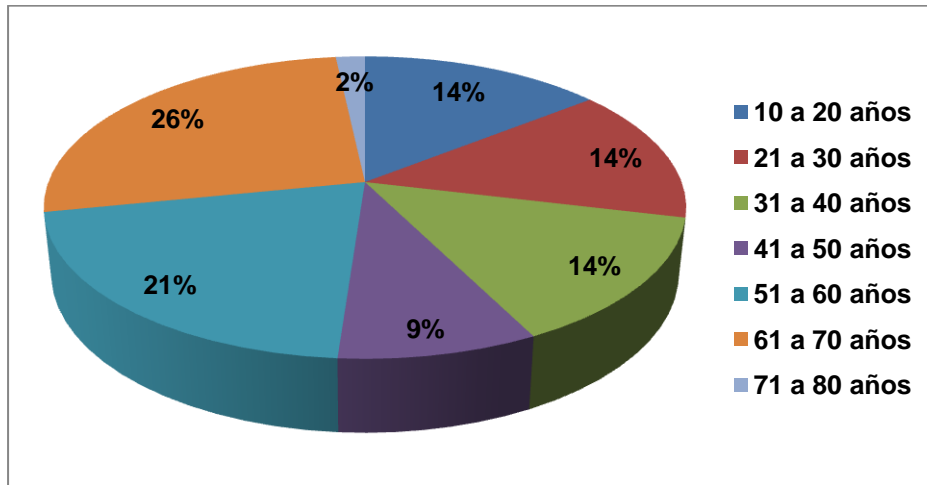
Comentario: se observa que no existe predominación de Enfermedad Periodontal según sexo; existe una mínima diferencia sobre los pacientes de sexo masculino.

TABLA N° 2: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, según edad y sexo femenino.

EDAD y Sexo F	Fa.	Fr. %
10 a 20 años	25	14%
21 a 30 años	25	14%
31 a 40 años	24	14%
41 a 50 años	15	9%
51 a 60 años	36	21%
61 a 70 años	46	26%
71 a 80 años	3	2%
Total.	174	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

GRÁFICO N° 2

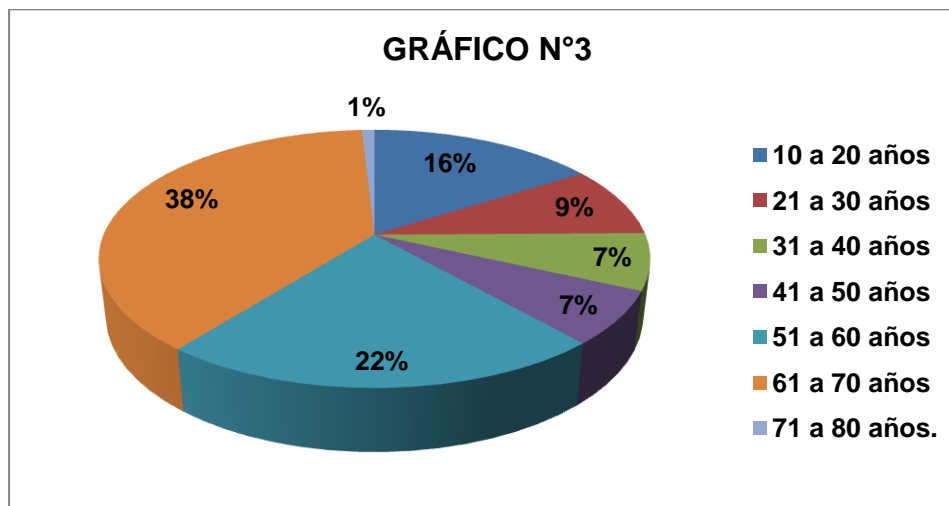


Comentario: Se observa que la Enfermedad Periodontal, según edad y sexo femenino tienen mayor incidencia entre las pacientes de 61 a 80 años de edad (teniendo en cuenta los últimos dos intervalos).

TABLA N° 3: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, según edad y sexo masculino.

Pacientes según edad y sexo masculino.	Fa.	Fr.%
10 a 20 años	36	16%
21 a 30 años	20	9%
31 a 40 años	16	7%
41 a 50 años	15	7%
51 a 60 años	50	22%
61 a 70 años	87	38%
71 a 80 años	2	1%
Total.	226	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

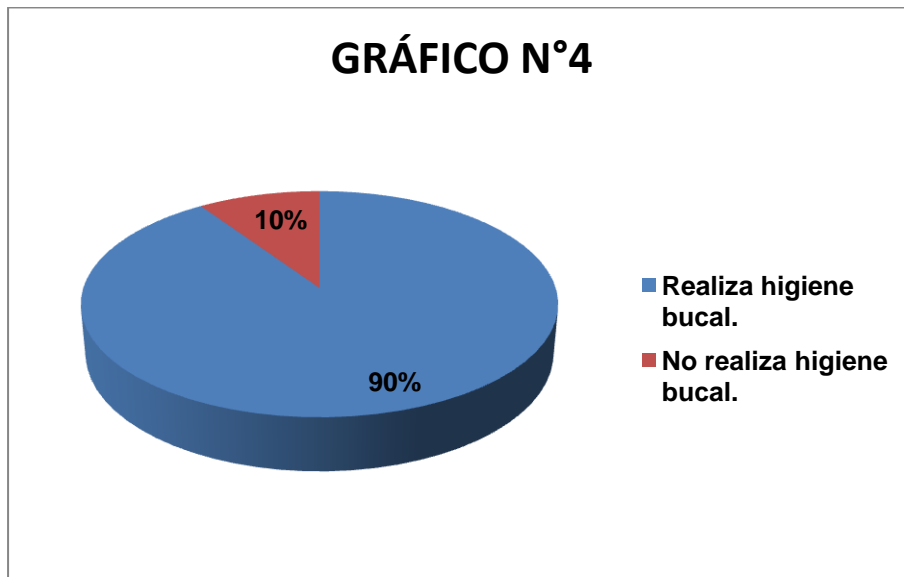


Comentario: Se observa que la Enfermedad Periodontal, según edad y sexo masculino, tienen mayor incidencia entre los pacientes de 61 a 70 años de edad (teniendo en cuenta un solo intervalo).

TABLA N° 4: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que practica Higiene bucal.

Pacientes con Enfermedad Periodontal que practica higiene bucal.	Fa.	Fr.%
Realiza Higiene bucal.	362	90%
No realiza higiene bucal.	38	10%

Fuente: datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

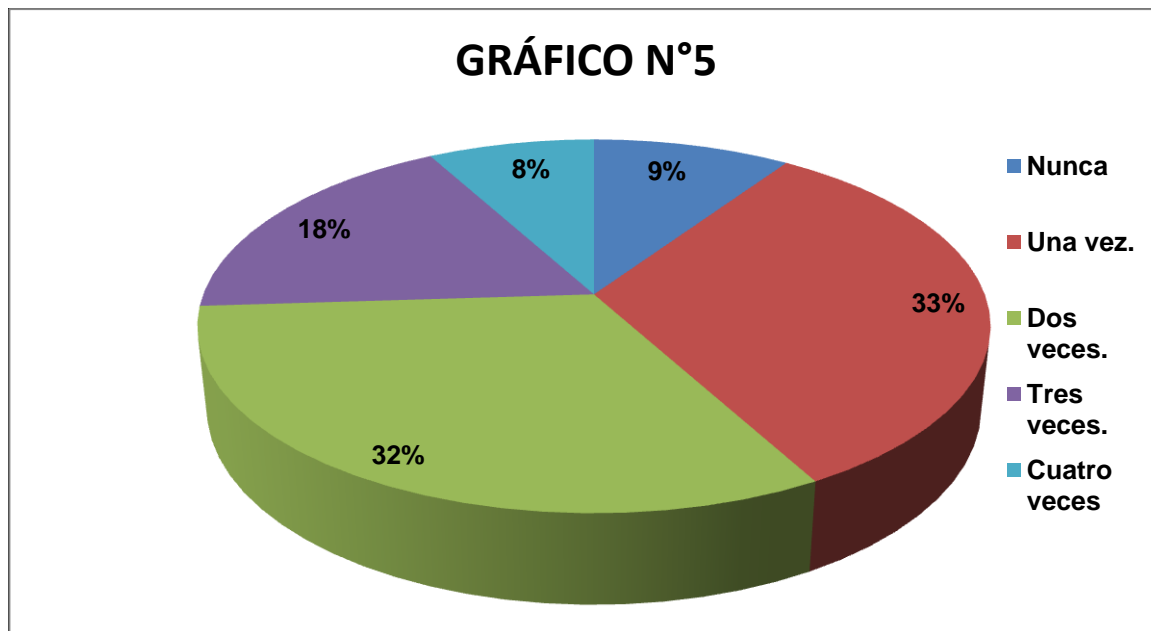


Comentario: se observa, que en los pacientes con enfermedad periodontal, existe una muestra significativa que realiza higiene bucal.

TABLA N°5: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que realizan cepillado: Nunca; Una vez; Dos veces; Tres veces; Cuatro veces al día.

Pacientes que realizan cepillado dental.	Fa.	Fr. %
Nunca	38	9%
Una vez	130	33%
Dos veces.	128	32%
Tres veces.	72	18%
Cuatro veces.	32	8%
Total.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

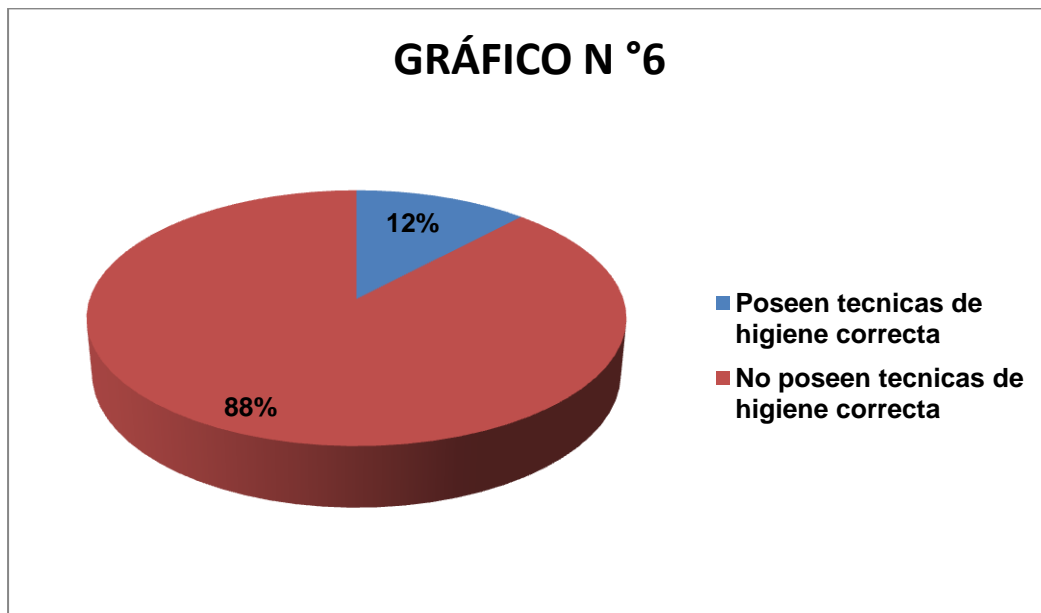


Comentario: Se observa que los pacientes con enfermedad periodontal, existe un gran porcentaje en aquellos que realizan higiene bucal entre una y dos veces al día.

TABLA N° 6: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que poseen técnicas de higiene correctas.

Pacientes.	Fa.	Fr.%
Poseen técnicas de higiene correctas.	48	12%
No poseen técnicas de higiene correctas.	352	88%
Total.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

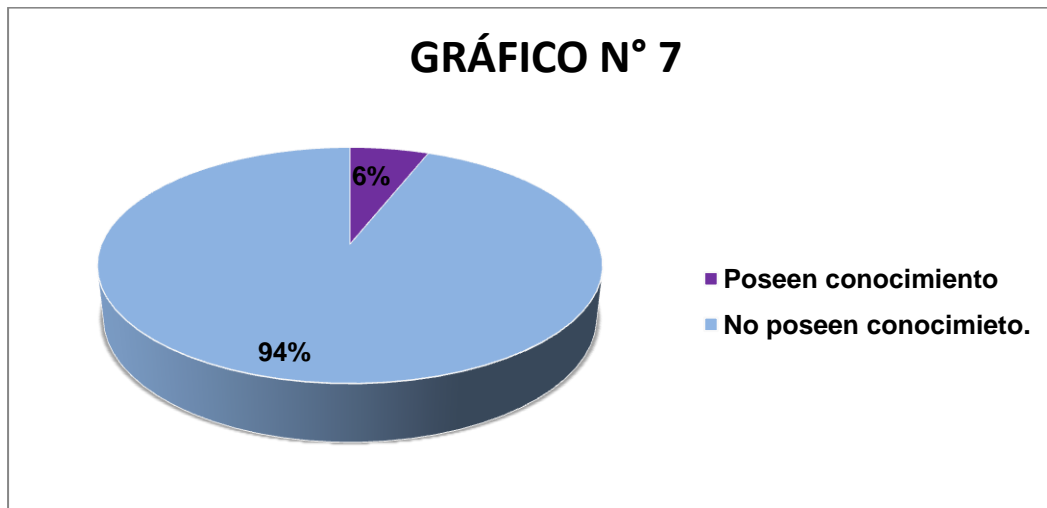


Comentario: Se observa que en los pacientes con enfermedad periodontal, es significativamente mayor la muestra que no posee técnicas de higiene correcta.

TABLA N° 7: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que poseen conocimiento previo de la enfermedad.

PACIENTES	Fa.	Fr.%
POSEEN CONOCIMIENTO	24	6%
NO POSEEN CONOCIMIENTO	376.	94%
TOTAL.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

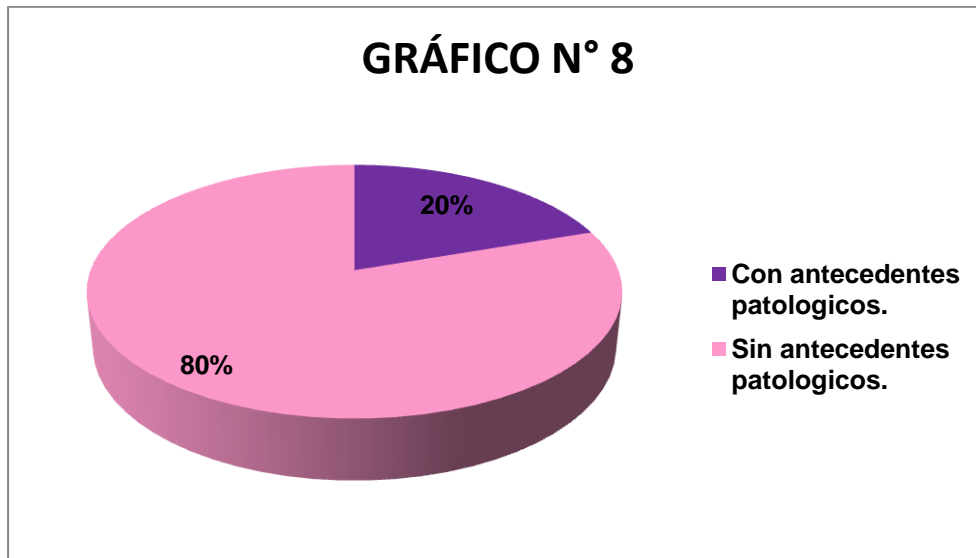


Comentario: Se observa que en los pacientes con enfermedad periodontal, predomina el desconocimiento de dicha patología.

TABLA N° 8: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que poseen antecedentes patológicos.

Pacientes.	Fa.	Fr.%
Con antecedentes patológicos.	79	18%
Sin antecedentes patológicos.	321	82%
Total.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

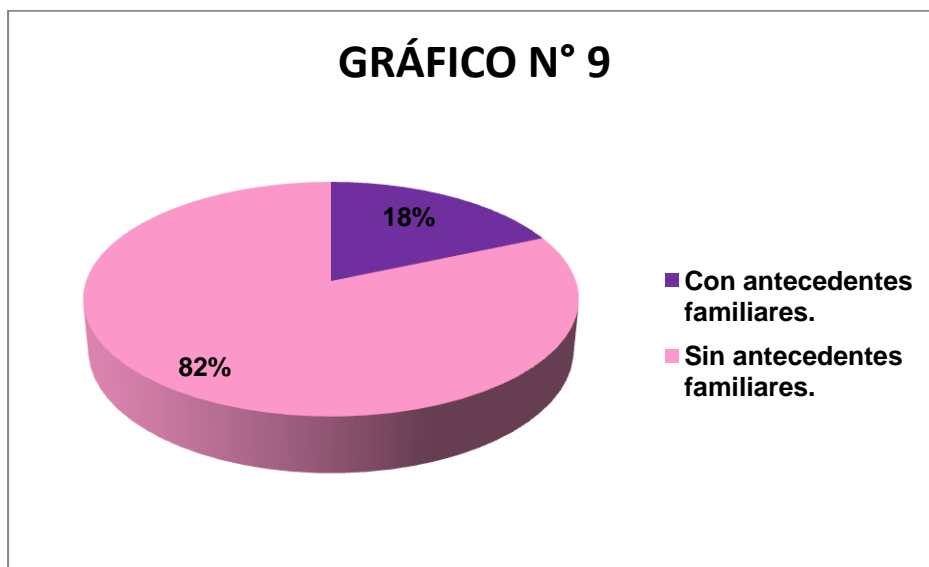


Comentario: Se observa que en los pacientes con enfermedad periodontal no predominan los antecedentes familiares.

TABLA N° 9: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que poseen antecedentes familiares.

Pacientes.	Fa.	Fr.%
Con antecedentes familiares.	74.	18%
Sin antecedentes familiares.	326	82%
Total.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

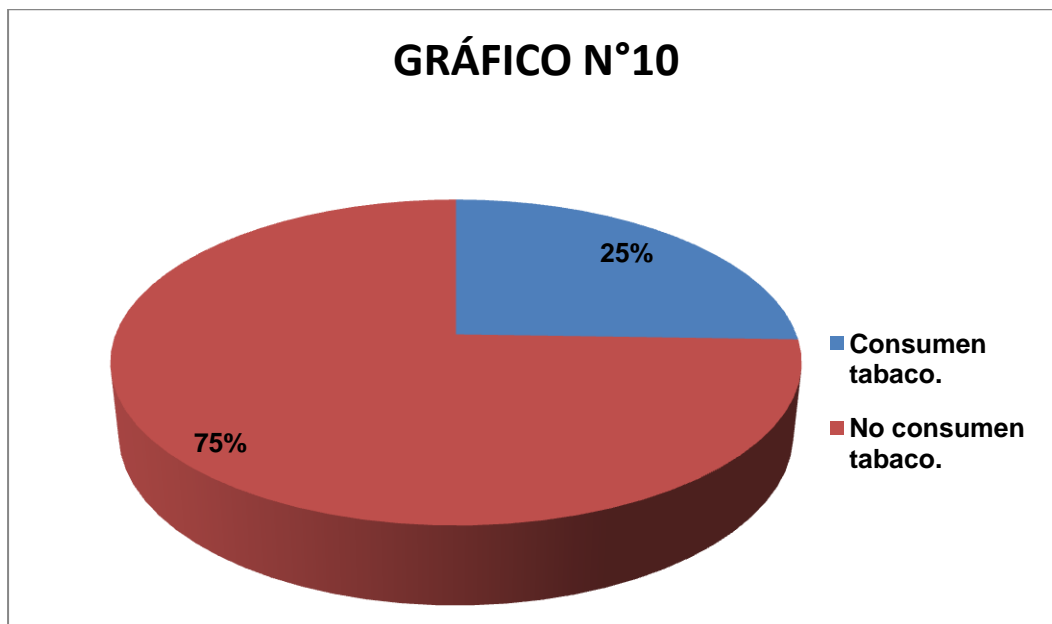


Comentario: Se observa que en los pacientes con enfermedad periodontal no predominan los antecedentes familiares.

TABLA N° 10: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que consumen tabaco.

Pacientes.	Fa.	Fr.%
Consumen tabaco.	102	25%
No consumen tabaco.	298	75%
Total.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.



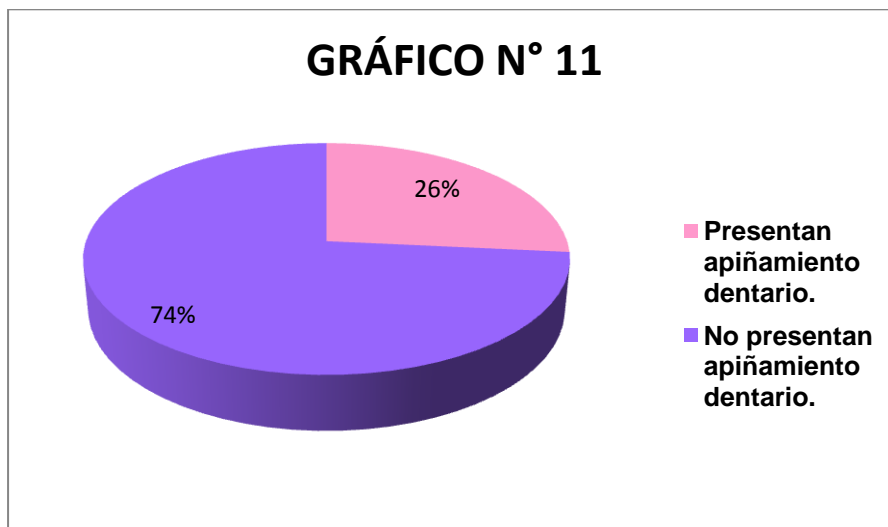
Comentario: Se observa que en los pacientes con enfermedad periodontal, existe una muestra significativa de pacientes que consumen tabaco.

Los siguientes datos, ha sido obtenidos por recomendación de los odontólogos que colaboraron en dicha investigación, a través de la observación.

TABLA N°11: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que presentan apiñamiento dentario.

Pacientes.	Fa.	Fr.%
Presentan apiñamiento.	106	26%
No presentan apiñamiento.	294	74%
Total.	400.	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

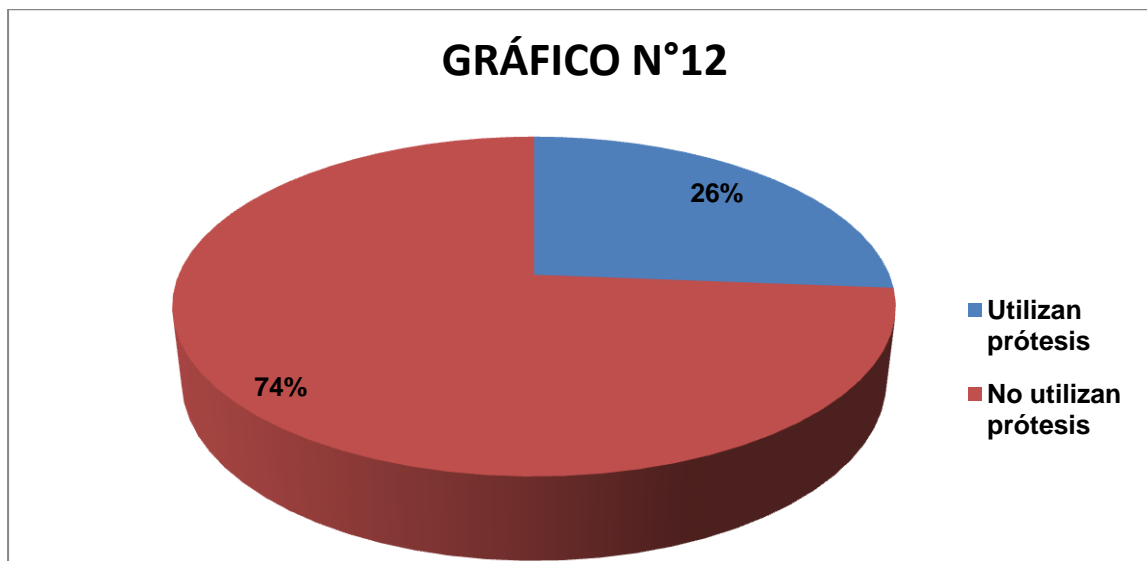


Comentario: Se observa que en los pacientes con enfermedad periodontal, existe una muestra significativa de pacientes que presentan apiñamiento dentario.

TABLA N° 12: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que utilizan prótesis dental.

Pacientes.	Fa.	Fr.%
Utilizan prótesis.	105	26%
No utilizan prótesis.	295	74%
Total.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.

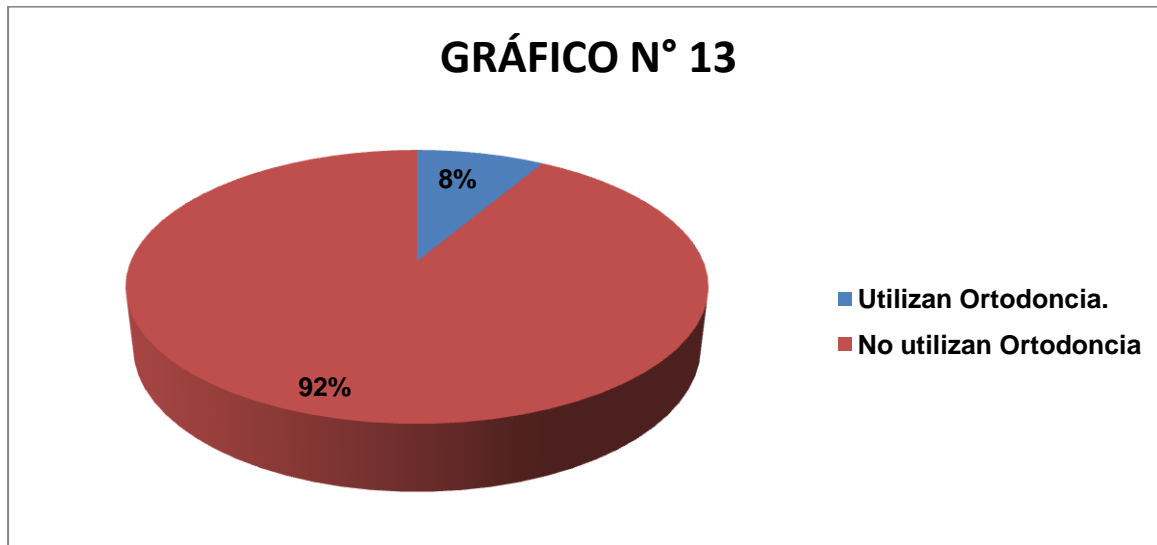


Comentario: Se observa que en los pacientes con enfermedad periodontal, existe una muestra significativa de pacientes que utilizan prótesis dental.

TABLA N° 13: Distribución de la muestra de los pacientes que concurrieron al servicio de odontología OSEP Malargüe, con Enfermedad Periodontal, que utilizan ortodoncia.

Pacientes.	Fa.	Fr.%
Utilizan ortodoncia.	34	8%
No utilizan ortodoncia.	366	92%
Total.	400	100%

Fuente: Datos recabados por las autoras mediante encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe.



Comentario: se observa que en los pacientes con enfermedad periodontal, no predomina la utilización de ortodoncia.

CAPITULO III: RESULTADOS, DISCUSION Y PROPUESTA

RESULTADOS RELEVANTES

- A. A través de la encuesta realizada a los afiliados de OSEP Malargüe, que concurrieron al servicio de odontología, durante el periodo de mayo 2010 a mayo 2011, en donde se registraron 400 personas con Enfermedad Periodontal, se obtuvo que en la muestra, no predomina dicha patología sobre algún sexo, ya que se observa una mínima diferencia sobre el sexo masculino, el cual obtuvo un 57%; sobre un 43 % correspondiente al sexo femenino, lo cual no es significativa como para argumentar, que dicha enfermedad predomina sobre alguno de ellos.
- B. En los datos obtenidos según edad y sexo femenino, se observa en principio, que dicha enfermedad afecta a las pacientes desde muy tempranas edades (a partir de los 10 años, 11 meses y 29 días). En segundo lugar se observa, que esta patología tiene mayor incidencia sobre pacientes desde los 61 años a los 70 años de edad correspondiendo a un 26% de la muestra, seguido de las edades a partir de los 51 años a los 60 años con un 21%. Además de esto se observa que las edades entre 71 años a 80 años, son las menos afectadas ya que solo involucran a un 2 %. Llegando a la conclusión de que la tercera edad es la que posee mayor predisposición a contraer dicha patología.
- C. A través de los datos obtenidos, según edad y sexo masculino, se observa, al igual que en el sexo femenino, que la Enfermedad Periodontal afecta desde edades muy temprana (a partir de los 10 años, 11 meses y 29 días); el mayor porcentaje de los pacientes que presenta enfermedad periodontal, abarca las edades de 61 años a 70 años representando un 38% de la muestra, seguido de las edades de 51 años a 60 años abarcando un 22% de la misma. Al igual que en el sexo femenino, las edades entre 71 años a 80 años del sexo masculino son las menos afectadas por la enfermedad, correspondiendo solo al 1% de la muestra.

- D. Según los datos obtenidos, acerca de los pacientes que presentan Enfermedad Periodontal y que practican o no higiene bucal, se comprueba que el mayor porcentaje (90%) de los pacientes encuestados, realiza higiene bucal.
- E. Se verifica que los pacientes con Enfermedad periodontal, en su mayoría, realiza cepillado dental entre una y dos veces al día, con un 33 y 32 % respectivamente. Solo el 8% de la muestra encuestada, realiza cepillado dental, cuatro veces por día, siendo este, la recomendación adecuada por el odontólogo.
- F. Con respecto a los pacientes que poseen esta patología, es amplia la diferencia existente entre aquellos que poseen técnicas de higiene correctas con los que no la poseen. El 88% de la muestra demostraron la falta de una correcta técnica. Solo 48 pacientes sobre 400 encuestados de la muestra, cuentan con una técnica correcta verificada por el odontólogo tratante.
- G. Se confirma que 376 pacientes encuestados, no poseen conocimientos sobre la patología que presentan (representando el 94% de la muestra), lo cual nos indica una muestra altamente significativa, ya que solo el 6% si cuenta con conocimiento sobre dicha patología.
- H. A través de la encuesta, se obtiene que 79 pacientes encuestados, presentan antecedentes patológicos, (HTA, Diabetes, Colitis Ulcerosa, Síndrome de Down, entre otras) lo que corresponde al 18% de la muestra, siendo información de relevancia.
- I. Con respecto a los antecedentes familiares (familiares directos con antecedentes de Enfermedad Periodontal) al igual que los patológicos, son de gran notabilidad, por que conforman el 18% sobre 400 pacientes encuestados.
- J. De los 400 pacientes que componen la muestra, el 25% de los mismos, consumen tabaco; lo cual nos indica que el resultado es amplio y debe ser tenido en cuenta al evaluar su influencia sobre la Enfermedad Periodontal.

Los datos que se registraran a continuación fueron obtenidos a través de la observación y por recomendación de los odontólogos que contribuyeron en esta investigación.

- A. Sobre 400 pacientes que presentaron la enfermedad, se observó que el 25% de la muestra, presenta apiñamiento dentario, siendo esto indiferente sobre alguna edad en particular, ya que ésta mal formación dentaria afecta a cualquier edad.
- B. Los pacientes que utilizan prótesis, abarcan un 26% sobre la muestra encuestada, es amplia la cantidad de individuos, que ya ha perdido alguna pieza dentaria como consecuencia de Enfermedad Periodontal y que ha llevado a la utilización de este elemento.
- C. La utilización de ortodoncia predomina en pacientes de temprana edad (a partir de los 11 años de edad), más que nada en la pre adolescencia y adolescencia, al momento de comparar con el total de la muestra, no es un dato relevante sobre esta ya que conforma el 8% de la misma.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En los pacientes que concurrieron al servicio de odontología de la delegación OSEP Malargüe, se observó que la Enfermedad Periodontal puede afectar tanto a hombres como mujeres, sin tener predominio sobre algún sexo en particular, pero si se debe resaltar su influencia sobre los pacientes tanto femeninos como masculinos de la tercera edad.

Se comprobó, de los pacientes con enfermedad periodontal, que el 90% realiza higiene bucal, lo cual nos indica un factor relevante para prevenir la enfermedad, pero al verificar, a través de la observación, que esta no es correcta y resaltando que solo el 8% de la muestra realiza los cuatro cepillados diarios indicado por la mayoría de los odontólogos y el 12% poseen una correcta técnica de higiene, se dificulta la disminución de dicha patología.

Otros de los factores que influyen sobre los pacientes encuestado, es que la mayoría de ellos, no poseen conocimiento sobre Enfermedad Periodontal, abarcando el 94% de la muestra encuestada.

El desconocimiento de dicha patología, predispone a los pacientes, el no realizar consultas odontológicas para evitar su padecimiento y las consecuencias que produce. Existen antecedentes patológicos como lo son la Diabetes, Colitis Ulcerosa, síndrome de Down, entre otros; y antecedente familiares que contribuyen a contraer enfermedad periodontal; dentro de la muestra cada antecedente corresponde al 18% de la misma.

Los pacientes con dichos antecedentes previos, aumentan su predisposición a esta patología.

El tabaco es uno de los principales factores que influyen en el desarrollo de Enfermedad periodontal, debido a que disminuye la irrigación sanguínea sobre las encías, y al no producir sangrado de las mismas, los pacientes no advierten la presencia de enfermedad periodontal; en la muestra encuestada es muy elevado el porcentaje que consume tabaco, conforman el 25% de la muestra en total.

Con respecto a los datos que se registraron por recomendación de los odontólogos, se obtiene los siguientes datos:

Tanto el apiñamiento dentario como la utilización de prótesis, son factores que influyen en la presencia de enfermedad periodontal, ya que los porcentajes de ambos corresponden al 25% y 26 % de la muestra.

El apiñamiento dentario está presente en todas las edades, aumentando su agravamiento al paso de los años, y es una de las causas principales de la utilización de ortodoncia.

Estos elementos que se utilizan para corregir la mal formación dentaria, producen acumulación de placa bacteriana, lo que puede llevar a que los pacientes presenten enfermedad periodontal. Sobre nuestra muestra, solo el 8% poseen este tipo de elementos y padece esta patología.

Como conclusión pudimos establecer que las causas más comunes que determinan la aparición de la enfermedad periodontal en los pacientes encuestados son:

- 1- El desconocimiento de la patología.
- 2- La ausencia de técnicas de higiene.
- 3- La escasa cantidad de pacientes que realizan los 4 cepillados diarios indicados por el odontólogo.
- 4- El consumo del tabaco.

Se comprobó así, que la Higiene Bucal no es el principal causante de Enfermedad Periodontal en los pacientes que concurrieron al servicio de Odontología de la Delegación de OSEP Malargüe, durante mayo de 2010 y mayo de 2011. Se determino que el mayor porcentaje de pacientes realiza higiene bucal, pero que los hábitos que utilizan no son los correctos, ya que solo el 8% de la muestra realiza los 4 cepillados diarios y el 88% no poseen técnicas de higiene correctas.

Se verifico que la enfermedad predomina en aquellos pacientes de la tercera edad, tanto femenino como masculino.

Se obtuvo una muestra significativa de pacientes que consumen tabaco, representando un 25% sobre la muestra.

Destacando así, que la higiene bucal no es el principal factor que produce dicha patología, si no que está relacionado con los factores detallados anteriormente.

Además de estos se incluyen como factores determinantes de esta enfermedad, el apiñamiento dentario y la prótesis dentaria, por ser los porcentajes más altos obtenidos a través de la encuesta.

Otra de las conclusiones que se obtuvo durante la observación en cada consulta odontológica fue que de los seis odontólogos que trabajan en esta delegación, cuatro hicieron hincapié sobre la Enfermedad Periodontal y derivaron a sus pacientes a la odontóloga tratante de estas patologías.

PROPUESTAS DE ACCION

- ✚ Dar a conocer el resultado de la investigación, a los directivos y odontólogos que trabajan en la Delegación OSEP Malargüe, para que se informen que dicha patología está afectando a un gran porcentaje de pacientes afiliados a esta, y que esta enfermedad produce consecuencias irreversibles, por lo cual todos los odontólogos tratantes deberían realizar una observación completa e integral del estado bucal y evaluarlo para que de ser necesario sea derivado al odontólogo tratante de esta patología.
- ✚ Proponer un registro en donde se detallen los datos del paciente y las etapas de la enfermedad, para evaluar si el porcentaje de pacientes que padecen esta patología aumenta o disminuye.
- ✚ Realizar educación en la Delegación a todos los afiliados, sobre Enfermedad Periodontal, para que conozcan que es una problemática de riesgo, que lleva a la pérdida dentaria.
- ✚ Trabajar con los odontólogos y los médicos de la Delegación, en los factores o causas que pueden producir esta patología en los pacientes, previniéndolos con anterioridad.

- ✚ Realizar charlas, utilizando los medios de comunicación, para dar a conocer dicha patología a toda la población de Malargüe, ya que es una enfermedad que puede padecerla cualquier paciente sin distinción alguna.

BIBLIOGRAFIA

CAMPAÑA PROENZA, O.; ORTUETA, Z.; RODRIGUEZ CALZADILLA, A.;

“Diagnóstico educativo y capacitación periodontal”. En: Revista Cubana de Estomatología. V.39 N°3. Ciudad de La Habana. 2002.

NELSON, L.; “Trastornos de la boca y de los dientes. Biología de la Boca”, Sección 8, Cap. 109, Nuevo MANUAL MERCK DE INFORMACION MEDICA GENERAL, Edición en español MMXY. Editorial Océano. Barcelona. 2003.

UBERTALLI, J.; “Trastornos de la boca y de los dientes. Enfermedades Periodontales” Sección 8, Cap. 115, Nuevo MANUAL MERCK DE INFORMACION MEDICA GENERAL, Edición en español MMXY Editorial Océano. Barcelona. 2003.

SANZ, M.; NEWMAN, M.; NISENGARD, R.; “Microbiología Periodontal”. Sección 1. Capitulo 24.

ZERÓN, A.; “Nueva clasificación de las enfermedades periodontales” Artículo original. Revista ADM Vol. LVIII, No. 1. Enero-Febrero. 2001

CUENCA SALA, E.; “Higiene Bucodental, Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones”. Editorial Masson. Barcelona. 1999.

TOLEDO PIMENTEL, B.; GONZÁLEZ DÍAZ, M.E.; ALFONSO TARRAÚ, M.; PÉREZ CARRILLO, A.; RODRÍGUEZ LINARES, M.; “Revista Cubana Medicina Militar” Vol. N°31. Número 2. Ciudad de la Habana. abril-junio. 2002.

CUENCA SALA, E.; “Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones”. “Higiene Bucodental”. Editorial Masson. Barcelona. 1999.

GENÓMICA EN SALUD PÚBLICA “Antecedentes familiares de Enfermedad”. Centro para el control y la prevención de enfermedades. www.cdc.gov/genomics/spanish/famhistory/.

URQUIZO, J.; “Apiñamiento Dental”. Mundo Actual. www.nuevotiempo.org.mundoactual/apiñamiento-dental.

“Prótesis Dental”. www.wikipedia.com.

TOLEDO PIMENTAL B.; GONZÁLEZ DÍAZ M.; ALFONSO TARRAÚ M.; PÉREZ CARRILLO A.; RODRÍGUEZ LINARES M.; “Tabaquismo y enfermedad periodontal” Revista Cubana de Medicina Militar v.31 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2002.

La Periodontitis. “Desordenes Hematológicos y Genéticos”. www.monografias.com

ANEXO N° 1: Fotos: Enfermedad Periodontal.



TABLA MATRIZ DE PACIENTES CON ENFERMEDADES PERIODONTALES

Pacientes	Edad	Sexo	Conocimiento Previo	Apiñamiento	Antecedentes Familiares	Cantidad de Higiene	Antecedente Patológico	Tabaquismo	Prótesis	Ortodoncia	Técnica
1	11	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
2	11	M	NO	SI	NO	4	NO	NO	NO	SI	NO
3	11	M	NO	NO	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
4	11	F	NO	SI	NO	3	NO	NO	NO	SI	NO
5	11	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
6	12	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
7	12	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
8	12	M	NO	SI	NO	3	NO	NO	NO	SI	NO
9	12	M	NO	SI	NO	3	NO	NO	NO	SI	NO
10	12	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
11	12	M	NO	SI	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
12	12	F	NO	SI	NO	4	NO	NO	NO	SI	NO
13	12	F	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	NO
14	12	F	NO	SI	NO	3	NO	NO	NO	SI	NO
15	12	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
16	13	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
17	13	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	NO
18	13	M	NO	SI	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
19	13	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
20	13	F	NO	NO	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
21	14	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
22	14	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	NO
23	14	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	NO
24	14	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	SI	NO
25	14	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO

26	14	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
27	14	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
28	14	F	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	NO
29	14	F	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	NO
30	14	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
31	15	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
32	15	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
33	15	F	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
34	16	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
35	16	M	NO	SI	NO	4	NO	NO	NO	SI	NO
36	16	M	NO	SI	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
37	16	F	SI	NO	SI	3	Diabetes	NO	NO	NO	NO
38	16	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
39	17	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
40	17	M	SI	SI	NO	3	NO	SI	NO	SI	NO
41	18	M	NO	SI	NO	3	NO	SI	NO	SI	NO
42	18	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
43	18	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
44	18	F	NO	SI	NO	0	NO	NO	NO	SI	NO
45	18	F	NO	SI	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
46	19	M	SI	NO	NO	4	NO	SI	NO	NO	NO
47	19	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
48	19	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	NO	NO	NO
49	19	M	NO	SI	NO	1	NO	SI	NO	SI	NO
50	19	M	NO	SI	NO	3	NO	SI	NO	SI	NO
51	19	F	SI	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
52	19	F	SI	SI	NO	4	NO	NO	NO	SI	NO
53	20	M	NO	SI	NO	3	NO	SI	SI	NO	NO

54	20	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
55	20	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
56	20	M	NO	NO	NO	2	Diabetes	si	NO	NO	NO
57	20	M	NO	NO	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
58	20	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
59	20	F	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	SI
60	20	F	NO	SI	NO	0	NO	NO	NO	SI	SI
61	20	F	NO	NO	NO	0	NO	NO	SI	NO	NO
62	22	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
63	22	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
64	22	M	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
65	22	M	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
66	22	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
67	22	F	NO	NO	SI	3	NO	NO	NO	NO	NO
68	22	F	SI	NO	NO	0	Diabetes	NO	NO	NO	NO
69	22	F	NO	SI	SI	3	NO	NO	SI	NO	NO
70	22	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
71	22	F	NO	NO	NO	1	C. Ulcerosa	NO	NO	SI	NO
72	22	F	NO	SI	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
73	24	M	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
74	24	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
75	24	F	SI	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
76	24	F	NO	SI	NO	2	NO	SI	NO	NO	SI
77	25	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
78	25	F	NO	NO	SI	0	NO	NO	SI	NO	NO
79	25	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
80	26	M	NO	SI	SI	3	NO	NO	NO	NO	SI
81	26	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO

82	26	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
83	27	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
84	27	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
85	27	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
86	27	M	NO	NO	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
87	27	F	NO	NO	NO	4	NO	NO	SI	NO	NO
88	27	F	NO	NO	NO	4	NO	NO	SI	NO	NO
89	27	F	NO	NO	NO	0	NO	SI	SI	NO	NO
90	28	M	SI	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
91	28	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
92	28	F	NO	SI	NO	1	NO	SI	NO	NO	NO
93	28	F	NO	NO	NO	0	S.Down	NO	NO	NO	NO
94	29	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	SI	NO	NO
95	29	M	SI	NO	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
96	29	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
97	29	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
98	29	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
99	30	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
100	30	M	NO	NO	SI	1	NO	SI	NO	NO	NO
101	30	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	SI	NO	NO
102	30	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	SI	NO	NO
103	30	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
104	30	F	NO	SI	NO	0	Diabetes	SI	SI	NO	SI
105	30	F	NO	NO	NO	0	NO	SI	SI	NO	NO
106	30	F	NO	NO	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
107	32	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
108	32	M	NO	SI	SI	3	NO	SI	NO	NO	NO
109	32	M	NO	NO	NO	1	Diabetes	SI	NO	NO	NO

110	32	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
111	32	F	NO	NO	SI	0	NO	NO	SI	NO	NO
112	32	F	SI	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	SI
113	32	F	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	SI
114	32	F	SI	NO	NO	4	NO	SI	NO	NO	NO
115	33	M	NO	SI	SI	4	NO	NO	NO	NO	NO
116	33	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	SI	SI
117	33	F	SI	NO	SI	0	NO	SI	NO	NO	SI
118	33	F	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	SI
119	34	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
120	34	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
121	35	M	NO	SI	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
122	35	M	NO	SI	NO	3	NO	NO	SI	NO	NO
123	35	M	SI	NO	NO	3	NO	NO	SI	NO	NO
124	35	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
125	35	F	SI	SI	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
126	35	F	SI	SI	NO	3	NO	NO	SI	NO	NO
127	35	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	SI
128	36	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
129	36	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
130	36	F	NO	NO	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
131	36	F	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
132	36	F	NO	SI	NO	3	HTA	NO	NO	NO	NO
133	37	F	NO	NO	NO	4	NO	SI	NO	NO	NO
134	37	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
135	38	M	NO	NO	SI	3	NO	NO	SI	NO	NO
136	38	F	NO	NO	SI	0	NO	SI	NO	NO	NO
137	38	F	NO	NO	SI	1	NO	SI	SI	NO	SI

138	38	F	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
139	39	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	NO	NO	NO
140	39	M	NO	NO	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO
141	39	F	SI	NO	NO	3	NO	SI	SI	NO	NO
142	39	F	SI	SI	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO
143	39	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
144	40	M	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
145	40	F	SI	SI	NO	3	NO	NO	SI	NO	NO
146	40	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
147	41	M	NO	SI	NO	0	NO	NO	SI	NO	NO
148	41	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	NO	NO	NO
149	41	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
150	41	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO
151	41	F	NO	NO	SI	3	NO	NO	SI	NO	NO
152	41	F	NO	SI	NO	0	Diabetes	NO	SI	NO	NO
153	42	F	NO	NO	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
154	42	F	NO	SI	NO	4	NO	SI	NO	NO	NO
155	43	M	NO	NO	NO	2	Diabetes	NO	NO	NO	NO
156	43	M	NO	NO	SI	3	NO	NO	SI	NO	NO
157	43	M	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
158	43	M	NO	NO	NO	4	C. Ulcerosa	SI	NO	NO	NO
159	43	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
160	43	F	NO	SI	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
161	43	F	NO	SI	SI	2	NO	SI	SI	NO	SI
162	43	F	SI	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
163	44	F	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
164	45	M	NO	SI	NO	2	HTA	NO	NO	NO	NO
165	45	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	NO	NO	SI

166	45	M	NO	NO	SI	3	NO	NO	NO	NO	NO
167	45	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
168	45	F	NO	NO	SI	3	NO	NO	NO	NO	SI
169	45	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
170	45	F	NO	NO	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
171	46	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
172	46	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	NO	NO	SI
173	47	F	NO	NO	NO	2	Diabetes	NO	NO	NO	NO
174	49	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
175	50	M	NO	SI	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
176	50	M	NO	SI	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO
177	51	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
178	51	F	SI	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	SI
179	51	F	NO	NO	NO	1	HTA	NO	NO	NO	NO
180	52	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
181	52	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
182	52	M	NO	SI	NO	2	NO	SI	NO	NO	SI
183	52	M	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
184	52	M	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO
185	52	F	SI	NO	SI	3	HTA	SI	SI	NO	NO
186	52	F	SI	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
187	52	F	NO	NO	NO	1	HTA	SI	NO	NO	SI
188	52	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
189	52	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	SI
190	52	F	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
191	53	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
192	53	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
193	54	M	SI	SI	NO	2	HTA	SI	NO	NO	NO

194	55	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
195	55	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
196	55	M	NO	NO	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
197	55	M	NO	SI	NO	1	NO	SI	NOP	NO	NO
198	55	M	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO
199	55	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
200	55	F	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
201	55	F	NO	NO	NO	3	Diabetes	NO	SI	NO	SI
202	56	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
203	56	M	NO	NO	NO	2	NO	SI	SI	NO	NO
204	56	F	NO	NO	NO	3	NO	SI	NO	NO	NO
205	56	F	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
206	56	F	NO	SI	NO	2	HTA	SI	NO	NO	SI
207	56	F	NO	NO	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
208	56	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	SI
209	57	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	NO	NO	NO
210	57	M	NO	SI	SI	3	HTA	SI	NO	NO	NO
211	57	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	SI	NO	NO
212	57	M	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO
213	57	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
214	57	M	NO	SI	NO	2	Diabetes	NO	SI	NO	NO
215	57	M	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	SI
216	57	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
217	57	F	NO	SI	NO	1	HTA	NO	NO	NO	SI
218	57	F	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	SI
219	57	F	NO	NO	SI	2	HTA	NO	NO	NO	NO
220	57	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
221	58	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO

222	58	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
223	58	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
224	58	M	NO	NO	SI	1	HTA	SI	NO	NO	NO
225	58	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
226	58	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO
227	58	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	SI	Son	NO
228	58	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	NO	NO	NO
229	58	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
230	58	F	NO	NO	SI	0	NO	SI	NO	NO	NO
231	58	F	NO	NO	SI	2	NO	SI	NO	NO	NO
232	58	F	NO	SI	NO	4	HTA	SI	NO	NO	NO
233	58	F	NO	NO	NO	1	HTA	SI	SI	NO	NO
234	58	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	SI	NO	NO
235	58	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
236	59	M	NO	NO	NO	1	HTA	SI	NO	NO	NO
237	59	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
238	59	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	SI	NO	NO
239	59	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
240	59	M	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
241	59	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
242	59	M	NO	NO	NO	2	Diabetes	NO	NO	NO	NO
243	59	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
244	59	F	NO	NO	SI	1	NO	SI	SI	NO	NO
245	59	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
246	60	M	NO	NO	NO	2	HTA	NO	NO	NO	NO
247	60	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
248	60	M	NO	NO	SI	3	NO	NO	SI	NO	NO
249	60	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	NO	NO	SI

250	60	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
251	60	M	NO	NO	NO	3	Diabetes	SI	SI	NO	NO
252	60	M	NO	NO	NO	2	HTA	SI	NO	NO	NO
253	60	M	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
254	60	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	NO	NO	NO
255	60	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	SI
256	60	M	NO	NO	NO	3	HTA	NO	NO	NO	NO
257	60	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
258	60	F	NO	NO	No	1	NO	NO	NO	NO	NO
259	60	F	NO	NO	No	1	HTA	NO	NO	NO	SI
260	60	F	NO	SI	SI	2	NO	NO	SI	NO	NO
261	60	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
262	60	F	NO	NO	NO	3	HTA	NO	NO	NO	NO
263	61	M	NO	NO	NO	3	HTA	NO	SI	NO	NO
264	61	M	NO	SI	NO	1	NO	SI	NO	NO	NO
265	61	M	S	NO	SI	3	NO	SI	NO	NO	NO
266	61	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
267	61	M	NO	NO	SI	1	NO	NO	SI	NO	NO
268	61	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
269	61	M	NO	NO	SI	1	NO	NO	SI	NO	NO
270	61	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	SI
271	61	F	NO	NO	NO	3	NO	SI	SI	NO	NO
272	61	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
273	61	F	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
274	61	F	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
275	62	M	NO	NO	SI	4	NO	NO	NO	NO	NO
276	62	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	NO	NO	NO
277	62	M	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO

278	62	M	NO	SI	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
279	62	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
280	62	M	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
281	62	M	SI	NO	NO	0	HTA	SI	NO	NO	NO
282	62	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
283	62	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
284	62	F	NO	SI	NO	3	NO	NO	SI	NO	NO
285	62	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
286	62	F	SI	NO	NO	1	HTA	NO	NO	NO	NO
287	62	F	SI	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
288	62	F	NO	NO	SI	1	HTA	NO	NO	NO	NO
289	63	M	NO	NO	No	3	NO	NO	NO	NO	NO
290	63	M	NO	NO	SI	3	NO	SI	NO	NO	NO
291	63	M	NO	NO	No	0	Diabetes	SI	SI	NO	NO
292	63	M	SI	SI	NO	4	NO	SI	SI	NO	NO
293	63	M	NO	NO	No	1	NO	SI	NO	NO	NO
294	63	M	NO	SI	No	2	NO	NO	NO	NO	NO
295	63	M	NO	NO	NO	2	Diabetes	NO	NO	NO	NO
296	63	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
297	63	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
298	63	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
299	63	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
300	63	M	NO	NO	SI	2	NO	NO	SI	NO	NO
301	63	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	SI	NO	NO
302	63	F	SI	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
303	63	F	NO	SI	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
304	63	F	NO	NO	NO	2	HTA	SI	NO	NO	NO
305	63	F	SI	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO

306	63	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
307	63	F	NO	NO	SI	1	HTA	NO	NO	NO	NO
308	64	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
309	64	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
310	64	M	NO	NO	NO	4	NO	SI	NO	NO	NO
311	64	M	SI	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
312	64	M	SI	NO	NO	0	NO	SI	NO	NO	NO
313	64	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
314	64	F	NO	NO	NO	0	NO	NO	SI	NO	NO
315	64	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	SI
316	64	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
317	64	F	NO	NO	NO	1	HTA	NO	SI	NO	NO
318	65	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI
319	65	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	SI	NO	NO
320	65	M	NO	NO	SI	1	HTA	NO	NO	NO	SI
321	65	M	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO
322	65	M	NO	NO	NO	2	HTA	NO	NO	NO	NO
323	65	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
324	65	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
325	65	M	NO	NO	NO	3	HTA	SI	NO	NO	NO
326	65	M	NO	NO	No	0	HTA	SI	NO	NO	NO
327	65	M	NO	NO	No	2	NO	SI	NO	NO	NO
328	65	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	NO	NO	NO
329	65	M	NO	SI	NO	1	HTA	SI	NO	NO	NO
330	65	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	SI	NO	NO
331	65	F	NO	NO	SI	1	Diabetes	NO	SI	NO	NO
332	65	F	NO	NO	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
333	66	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO

334	66	M	NO	NO	NO	3	NO	NO	SI	NO	NO
335	66	M	NO	NO	NO	2	HTA	NO	NO	NO	SI
336	66	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	SI
337	66	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
338	66	M	NO	NO	NO	2	HTA	NO	SI	NO	NO
339	66	M	NO	NO	SI	4	HTA	NO	NO	NO	NO
340	66	M	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
341	66	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
342	66	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
343	66	M	NO	NO	NO	2	NO	SI	SI	NO	NO
344	66	M	NO	NO	NO	3	HTA	SI	NO	NO	NO
345	66	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	NO	NO	NO
346	66	M	NO	NO	NO	1	HTA	SI	NO	NO	NO
347	66	M	NO	NO	NO	2	HTA	NO	NO	NO	NO
348	66	M	NO	NO	NO	3	HTA	NO	NO	NO	NO
349	66	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	SI	NO	NO
350	66	F	NO	NO	SI	0	HTA	NO	NO	NO	NO
351	66	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	SI	NO
352	66	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
353	66	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
354	66	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
355	67	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
356	67	M	NO	NO	NO	1	HTA	SI	NO	NO	NO
357	67	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
358	67	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
359	67	F	NO	NO	SI	0	NO	NO	NO	NO	NO
360	67	F	NO	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO
361	67	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO

362	68	M	NO	NO	NO	2	HTA	NO	NO	NO	NO
363	68	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
364	68	M	NO	SI	NO	0	HTA	NO	NO	NO	NO
365	68	M	NO	SI	NO	0	HTA	NO	SI	NO	NO
366	68	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
367	68	M	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
368	68	M	NO	NO	NO	3	HTA	SI	SI	NO	NO
369	68	M	NO	SI	NO	2	NO	SI	NO	NO	NO
370	68	M	NO	NO	SI	3	NO	SI	SI	NO	NO
371	68	M	NO	NO	NO	4	NO	SI	NO	NO	NO
372	68	F	NO	NO	NO	2	NO	SI	SI	NO	NO
373	68	F	NO	NO	NO	2	HTA	NO	NO	NO	NO
374	68	F	NO	SI	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
375	68	F	NO	SI	NO	1	HTA	NO	NO	NO	NO
376	68	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO
377	68	F	NO	NO	NO	3	HTA	NO	NO	NO	NO
378	68	F	NO	NO	NO	0	NO	NO	NO	NO	NO
379	69	M	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO
380	69	M	NO	NO	SI	0	HTA	NO	NO	NO	NO
381	69	M	NO	NO	NO	2	HTA	NO	NO	NO	NO
382	69	M	NO	SI	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO
383	69	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
384	69	M	NO	SI	NO	1	NO	SI	SI	NO	NO
385	69	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	NO	NO	NO
386	69	M	NO	NO	NO	1	NO	SI	NO	SI	NO
387	69	M	NO	NO	NO	1	HTA	SI	NO	NO	NO
388	69	F	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	NO	NO
389	69	F	NO	NO	NO	2	NO	NO	SI	NO	NO

390	69	F	NO	SI	NO	2	NO	NO	NO	NO	NO
391	69	F	NO	NO	NO	0	NO	NO	SI	SI	NO
392	69	F	NO	NO	NO	2	Diabetes	NO	SI	SI	NO
393	69	F	NO	NO	SI	2	NO	NO	NO	NO	NO
394	70	M	NO	SI	NO	2	NO	NO	SI	SI	NO
395	70	M	NO	NO	NO	4	NO	NO	SI	SI	NO
396	72	M	NO	NO	NO	1	HTA	NO	SI	SI	NO
397	72	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	SI	NO
398	72	F	NO	NO	NO	2	HTA	NO	NO	NO	NO
399	73	M	NO	NO	SI	0	NO	NO	SI	SI	NO
400	74	F	NO	NO	NO	1	NO	NO	SI	NO	NO