



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES A CAUSA DE ENFERMEDAD PERIODON-
TAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO UDLA.

Autor

José Andrés Chafuel Suarez

Año
2018



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PÉRDIDA DE PIEZAS DENTALES A CAUSA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE
ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICO UDLA.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar
por el título de Odontólogo.

Profesor Guía

Dr. Fabián Alberto Jaramillo Ocampo

Autor

José Andrés Chafuel Suarez

Año

2018

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”

Fabián Alberto Jaramillo Ocampo
Doctor Especialista en Periodoncia
C.C:170750227-2

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo con el tema: Pérdida de piezas dentales a causa de enfermedad periodontal que acuden al Centro de Atención Odontológico UDLA, del estudiante José Andrés Chafuel Suarez , del noveno semestre, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación"

Ana María Gaibor Bosquez

Doctor Especialista en Periodoncia e Implantología

C.C:1205701145

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

José Andrés Chafuel Suarez

C.C.: 1720004843

AGRADECIMIENTO

La concepción de esta tesis está dedicada a mi familia, pilares fundamentales en mi vida, que siempre me apoyaron desde que inicié este sueño. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora.

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación quiero dedicar a mi padre por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, quien ha hecho posible este sueño con su apoyo incondicional, consejos, su lucha insaciable por sacarme adelante y su manera de formarme como una persona correcta.

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores principales causantes de la pérdida de piezas dentales por enfermedad periodontal. El odontólogo debe tener la capacidad de relacionar enfermedades sistémicas o factores influyentes como el consumo de alcohol, tabaco y el uso de estupefacientes que causen la pérdida de piezas dentales. Este estudio se realizó en la provincia de Pichincha, en la Clínica de la Universidad de las Américas, se elaboró una serie de preguntas a 62 pacientes entre 30 y 70 años de edad. Este estudio fue descriptivo, se llevó a cabo mediante una encuesta donde se determinó las causas principales para pérdida de las piezas dentales. Las siguientes variables fueron evaluadas: edad, género, grado de instrucción, enfermedades sistémicas actuales y pasadas, consumo de tabaco, alcohol, estupefacientes etc. y número de piezas perdidas.

Después de la toma de muestra se logró determinar que el 45.2% de los encuestados presentaba de 1 a 8 piezas perdidas a causa de la enfermedad periodontal en rangos entre 51 y 60 años de edad en su mayoría. También se valoró el grado de instrucción dando como resultado que el 37% de los encuestados eran de grado superior con una pérdida de 1 a 8 piezas al igual que secundaria, mientras que el primario arrojó un resultado del 33.9% con una pérdida de 25 a 32 piezas.

En cuanto a las enfermedades sistémicas la tiroides y la diabetes (14.5%) son las enfermedades sistémicas más relevantes especialmente en las mujeres, y en su gran mayoría fueron representadas por la ciudad de Quito.

En cuanto a factores influyentes podemos concluir que la mayoría de los encuestados con el 53% nunca fumaron, mientras que el 29% dejó de fumar. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas el 85.5% no consumían bebidas, estos factores no son significativos e con la pérdida de piezas por enfermedad periodontal.

Finalmente se demostró que en nuestro país existe una alta tasa de pérdida dental a causa de enfermedad periodontal donde se ven reflejadas variables como la edad, grado de instrucción, y género. En la actualidad muchas personas desconocen la gravedad de la enfermedad periodontal mucho menos la posibilidad de adquirir un tratamiento ya que la periodoncia no es una especialidad que los pacientes posean conocimiento.

ABSTRACT

This research work aims to determine the main factors causing the loss of teeth due to periodontal disease. The dentist must have the ability to relate systemic diseases or influential factors such as alcohol consumption, smoking and the use of narcotics that cause the loss of teeth. This study was conducted in the province of Pichincha, at the Clinic of the University of the Americas, a series of questions was prepared to 62 patients between 30 and 70 years of age. This study was descriptive, it was carried out through a survey where the main causes for loss of the dental pieces were determined. The following variables were evaluated: age, gender, educational level, current and past systemic diseases, tobacco consumption, alcohol, narcotics, etc. and number of pieces lost.

After taking the sample, it was determined that 45.2% of the respondents had from 1 to 8 pieces lost due to periodontal disease in the range between 51 and 60 years of age in its majority. The level of education was also assessed, with the result that 37% of the respondents were of higher grade with a loss of 1 to 8 pieces, as well as the secondary grade, while the primary grade showed a result of 33.9% with a loss of 25 to 32 pieces.

Regarding systemic diseases, the thyroid and diabetes (14.5%) are the most relevant systemic diseases, especially in women, and the vast majority were represented by the city of Quito.

Regarding influential factors we can conclude that the majority of respondents with 53% never smoked, while 29% quit smoking. Regarding the consumption of alcoholic beverages, 85.5% did not consume beverages, these factors are not significant and influential in relation to the loss of parts due to periodontal disease.

Finally, it was shown that in our country there is a high rate of dental loss due to periodontal disease where variables such as age, educational level, and gender are reflected. Currently many people are unaware of the severity of periodontal disease much less the possibility of acquiring a treatment because periodontics is not a specialty that patients possess knowledge

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Justificación	2
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	3
2.1 Introducción enfermedad periodontal	3
2.2 Asociación con enfermedades sistémicas.....	4
2.2.1. Cáncer.....	4
2.2.2 Vih-sida.....	5
2.2.3 Osteoporosis.....	5
2.2.4 Artritis.....	6
2.2.5 Obesidad	6
2.2.6 Tiroides	6
2.2.7 Diabetes.....	7
2.3 Factores influyentes.....	7
2.3.1 Tabaco.....	7
2.3.2 Alcohol	8
2.3.3 Estupefacientes	9
2.4 Factores neurológicos	10
2.5 Embarazo.....	11
2.6 Síndromes.....	12
2.7 Otros factores.....	12
3. CAPÍTULO III. OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo general.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
3.3 Hipótesis	14
4. CAPÍTULO IV. MATERIALES Y METODOS.....	15
4.1 Tipo de estudio	15

4.2 Universo de la muestra	15
4.4 Criterios de inclusión.....	15
4.5 Criterios de exclusión.....	15
4.6 Descripción del método	15
5. CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS	17
6. CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN	35
7. CAPITULO VII.CONCLUSIONES.....	39
8. CAPITULO VIII.RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS.....	42
ANEXOS.....	50

1. CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Uno de los componentes más importantes de la salud es un equilibrio total del sistema estomatognático, una salud oral deficiente conduce a una disminución de la salud general, funcionamiento social limitado y la disminución de calidad de vida. La pérdida de piezas dentales es un indicador de mala salud oral y puede perjudicar al funcionamiento físico, psicológico, social e influye directamente en la autoestima y comunicación (Yongwen et al., 2013).

Las enfermedades periodontales son infecciones y se encuentran asociadas con bacterias patógenas que colonizan el área subgingival. Se conocen las más importantes como, *Porphyromonas gingivalis* y *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, estos invaden el tejido periodontal y son microorganismos virulentos (Carvajal et al., 2016).

1.1 Planteamiento del problema

Existe una evidencia sólida de que la intervención psicológica por parte del odontólogo ayuda a la prevención de esta enfermedad como ejemplo fijación de metas, autocontrol y planificación estas son intervenciones eficaces para mejorar la higiene oral (Newton. J, Asimakopoulou. K, 2015).

Además el nivel socioeconómico, se ha visto que tiene gran impacto en cuanto a la salud bucal. El bajo nivel de ingresos, escaso nivel de instrucción, bajo nivel de conocimientos en educación para la salud, inadecuadas políticas de servicio de salud, costumbres dietéticas no saludables, familias numerosas; se asocian a mayor probabilidad de enfermedad periodontal. Los patrones culturales promueven hábitos dietéticos y conductas que favorecen o no el desarrollo de caries, a su vez la accesibilidad a los servicios de salud está relacionada con la implementación de medidas educativas, preventivas y curativas (Arteaga. O et al., 2009).

Esta enfermedad afecta particularmente población de mediana edad y ancianos en todo el mundo. Sin realizar un tratamiento adecuado, puede conducir a una pérdida sustancial de dientes. Una encuesta realizada demostró que la pérdida de piezas dentales a causa de enfermedades periodontales fueron entre los 50 y 59 años de edad, estos pacientes eran de recursos limitados y sin llevar un tratamiento adecuado era inevitable la pérdida de piezas (Howard et al., 2011).

Una investigación realizada demostró que la pérdida de piezas dentales por periodontitis también se asocia a otras enfermedades sistémicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus. Cuando se evalúan los factores de riesgo individuales para enfermedades crónicas, el número de dientes perdidos podría ser un indicador adicional útil para los médicos generales. Las asociaciones entre las enfermedades bucales y la salud en general han atraído últimamente la atención y la Organización Mundial de la Salud ha reconocido la importancia de la atención de la salud oral en la prevención de enfermedades crónicas (Liljestrán et al., 2015).

1.2 Justificación

El propósito de este estudio es determinar y actualizar de manera práctica las causas principales en cuanto a la pérdida de dientes a causa de enfermedad periodontal, debido a que, durante las prácticas diarias se puede observar la gran prevalencia de enfermedad periodontal y la poca información que los pacientes tienen sobre este tema, además enfatizar todas las formas y técnicas educativas para prevenir la pérdida de los dientes tomando en cuenta el gran impacto de nivel socioeconómico que existe en nuestro país, ya que la mayoría de los pacientes con mayor pérdida de piezas dentales se debe a un difícil acceso a un servicio odontológico y mucho menos a un tratamiento costoso como es el periodontal, esta investigación se llevará a cabo en el Centro de Atención Odontológica UDLA.

2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Introducción enfermedad periodontal

Una salud oral óptima comprende un equilibrio total de sistema estomátognatico, pero una salud oral deficiente conduce a una disminución de la salud en general y ayuda a la aparición de nuevas enfermedades y en el peor de los casos a la pérdida prematura de las piezas dentales(Yongwen et al., 2013).

Las bacterias identificadas que juegan un papel etiológico son: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* y *Treponema*. Sin embargo, muchos otros patógenos han sido identificados en las lesiones periodontales, incluyendo Citomegalovirus humano y el virus de Epstein-Barr cancerígenos (Carvajal et al., 2015).

El odontólogo juega un rol importante en cuanto a la intervención psicológica y ayuda al paciente como una guía en cuanto a la buena higiene, como ejemplo fijándose metas, autocontrol e incentivando acudir al dentista periódicamente (Newton. J, Asimakopoulou. K, 2015).

El factor socio económico también se relaciona con la pérdida de dientes ya que posee un impacto en la salud bucal y general. Factores como el bajo nivel de ingresos, no poseen nivel de instrucción, y pocos conocimientos sobre los cuidados de la salud, malos servicios de salud, costumbres no saludables. Exceso de familia, todos estos factores se asocian al desarrollo de la enfermedad periodontal. (Arteaga. O et al., 2009).

La enfermedad periodontal afecta más a una edad promedio de 50 años en su gran mayoría, siendo una de las causas principales los recursos limitados y por lo tanto no llevaron a cabo un tratamiento (Howard et al., 2011).

Existe una relación entre la salud oral y la salud en general, esto ha llamado la atención de la Organización Mundial de la Salud y han determinado que la atención de la salud oral debe ser prevenida con promoción a la salud oral y así evitar enfermedades crónicas (Liljestrán et al., 2015).

2.2 Asociación con enfermedades sistémicas

2.2.1. Cáncer

Recientes estudios han demostrado una relación de la enfermedad periodontal, pérdida de dientes, varias enfermedades sistémicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, parto prematuro, asociaciones con la osteoporosis y enfermedades respiratorias. La enfermedad periodontal, una condición inflamatoria crónica se caracteriza por una infección bacteriana que resulta en la inflamación de las encías, lo que lleva a la destrucción gradual de los tejidos periodontales y el hueso alveolar que soporta los dientes, es altamente prevalente en poblaciones de adultos de todo el mundo, y puede ser prevenida (Orgel. J et al 2012,pp.20-38).

Existen estimaciones que varían entre razas y regiones geográficas, con un marcado incremento en la aparición de la enfermedad periodontal con la edad avanzada, estimaciones de todo el mundo para la prevalencia de la enfermedad periodontal grave varían generalmente de 10 a 15%. Investigaciones epidemiológicas han sugerido una posible relación positiva entre enfermedad periodontal y cáncer en diferentes tejidos, lo más notablemente en la boca, el sistema gastrointestinal superior, pulmón y el páncreas. Una serie de estudios, demostraron que estas asociaciones persistieron, posteriormente se ajustaron los factores de riesgo importantes, entre ellos el consumo de cigarrillos y el nivel socioeconómico (Meyer. S et al.,2008,pp.895-907).

2.2.2 Vih-sida

Una de las enfermedades más mortales del planeta como el VIH también se encuentra asociada. La gingivitis y la periodontitis asociada no responden bien a la terapia convencional y a menudo progresan muy rápidamente. El VIH se caracteriza por la rápida destrucción del aparato de soporte periodontal y la necrosis grave de los tejidos blandos. En algunas lesiones del VIH, más del 90% del accesorio se puede destruir en tan poco como 3 a 6 meses, dando por resultado la pérdida temprana del diente (Engeland. C et al.2008,pp.409-410).

El VIH presenta muchos efectos adversos que contribuyen a la enfermedad periodontal como la xerostomía, que está en la mayoría de los pacientes que viven con el VIH, se sabe que la reducción parcial o completa del flujo salival y alteraciones en la composición de la saliva puede ser una consecuencia de la caries dental y enfermedades periodontales, teniendo en cuenta que desde un punto de vista saliva inmunológica ayuda al organismo a protegerse contra otras enfermedades (Cavasin. J et al.2009,pp.14-24).

2.2.3 Osteoporosis

Existe una similitud reveladora entre la pérdida de dientes y la osteoporosis, la fuerza de esta correlación es débil. Es más probable que los sistemas locales y factores influyen en mayor medida a la pérdida de dientes, hay una diferencia estadísticamente significativa en la pérdida molar ya que existe una reducción residual de la cresta, particularmente en la mandíbula. Otros autores han encontrado una reducción la altura de la cresta alveolar en pacientes con reducción de la DMO, pero con reabsorción perióstica y un cambio en las dimensiones externas (Darcey. J et al.2013,pp.1-6).

Se encontró una relación entre la osteopenia y osteoporosis de la columna lumbar y el fémur en mujeres posmenopáusicas con periodontitis sugiere que hay asociación entre la densidad mineral ósea y la periodontitis y que la gravedad y la extensión de la pérdida de hueso alveolar en las mujeres

posmenopáusicas puede ser un indicador de riesgo para pérdida ósea sistémica y por ende la pérdida de piezas dentales (Suresh. S et al. 2010,pp.30-34).

2.2.4 Artritis

Se ha investigado que la artritis reumatoide (AR) es una patología autoinmune que aflige varios órganos y sistemas y también se asocia con la destrucción de tejido conectivo de articulaciones y huesos. Además, ambos periodontitis y RA presentan un desequilibrio entre las citocinas pro-inflamatorias y anti-inflamatorias, que se consideran responsables del daño tisular. En este sentido, ambas condiciones están asociadas con la destrucción de hueso, mediada por citoquinas inflamatorias tales como la interleuquina-1, factor de necrosis tumoral y la prostaglandina E2 (Ishi. E, et. al 2008,pp.72-77).

2.2.5 Obesidad

Una investigación analizó la obesidad y la enfermedad periodontal, donde se han encontrado asociaciones positivas significativas entre el estado de obesidad y la prevalencia de la enfermedad periodontal. Se encontró un índice de masa corporal y la relación-cintura-altura se asociaron significativamente con los riesgos de sufrir acontecimientos de progresión de la enfermedad periodontal, independientemente de indicador de la enfermedad periodontal. Proporciones de riesgo ajustado por progresión de la enfermedad periodontal eran 41-72% mayor en los hombres obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg / m}^2$) en relación a los hombres con tanto peso normal y la relación-WC-a altura ($\leq 50\%$) (Gorman, A et al.2011,pp.107-114).

2.2.6 Tiroides

Un estudio en ratas que demostró la asociación entre la hormona tiroidea y la pérdida ósea, hueso alveolar relacionada con la periodontitis, se determinó

que la disminución de los niveles séricos de hormonas tiroideas puede aumentar la pérdida ósea relacionada con la periodontitis, como una función de un aumento del número de células de reabsorción, mientras que el hueso alveolar de soporte del diente parece ser menos sensible a las alteraciones en los niveles hormonales (Feitosa. D, et al 2008,pp.742-748).

2.2.7 Diabetes

La diabetes está emergiendo como una epidemia mundial, cuyas complicaciones impactan significativamente en la calidad de vida, la longevidad y los costos de atención médica. Se estima que 346 millones de personas actualmente sufren diabetes en todo el mundo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que esto aumentará a 439 millones, casi el 10% de los adultos, para el año 2030 (OMS 2011). En pacientes con periodontitis, la diabetes se asocia con niveles elevados de varias citocinas y otros mediadores en la saliva y el fluido crevicular gingival (GCF).

La hiperglucemia aumenta el estrés oxidativo en los tejidos periodontales y los estudios clínicos y experimentales han demostrado que la periodontitis promueve medidas de estrés oxidativo sistémico, lo que finalmente aumenta el riesgo de pérdida de piezas dentales..(Kaur.G, et al 2009 pp765-774).

2.3 Factores influyentes

2.3.1 Tabaco

Otros componentes importantes como el tabaquismo es considerado como un factor importante de la periodontitis, aumentando el riesgo de enfermedad periodontal severa, bolsas periodontales más profundas, pérdida de hueso. La cicatrización después de la terapia periodontal también está deteriorada en los fumadores. Varios estudios experimentales han demostrado los efectos del tabaquismo sobre la inmunorregulación. Las sustancias relacionadas con el

tabaco afectan la respuesta vascular inflamatoria y la migración de neutrófilos. En pacientes con enfermedad periodontal, fumar puede causar supresión de la función de las células B y una función de fibroblastos alterada (Jansson L et al.,2002,pp.750-756).

Mediante un estudio se logró demostrar que las personas fumadores de cigarrillos y pipas tiene un mayor riesgo de contraer periodontitis modera y severa en poco tiempo, además de una perdida de inserción y recesión gingival. Las personas fumadoras presentan un menor sangrado y una mayor pérdida de piezas dentales, estos pacientes llamados fumadores puros tienen un promedio de 4 piezas perdidas (Jasim. M, et al. 2000 pp 1874-1881).

2.3.2 Alcohol

Otros factores como el alcohol también se encuentran presentes en la periodontitis ocasionando la pérdida de piezas dentales ya que los efectos adversos del alcohol pueden aumentar la susceptibilidad del huésped a infecciones porque el alcohol daña neutrófilos, macrófagos, función de las células T, aumentando la probabilidad de periodontitis (Amaral. C et al. 2009,pp.643-651).

Las enfermedades periodontales en alcohólicos se asocian principalmente con la falta de higiene oral y carecen de atención dental. El alcohol tiene efectos en la cavidad oral que provoca cáncer orofaringe, caries, falta / pérdida de los dientes y un mayor riesgo de desarrollar problemas periodontales incluyendo la infección gingival, aumento de profundidad de la bolsa periodontal y la pérdida de inserción se han identificado en los alcohólicos debido a la disminución de la resistencia a la infección por organismos Gram-negativos durante la intoxicación alcohólica aguda.

La correlación positiva se ha demostrado entre transpeptidasa gamma glutamil, una enzima del hígado , que es un indicador de consumo de alcohol y la pérdida de inserción periodontal. Además se demostró que la pérdida de inserción en pacientes alcohólicos se produce por una mayor aumento en la pérdida del nivel de margen gingival que los no alcohólicos, mientras que en los consumidores de cocaína no pérdida de inserción ha sido encontrado (Souza. D, et al .2009,pp.326-336).

2.3.3 Estupefacientes

Un estudio asocia la pérdida de piezas dentales con el uso de esteroides en hombres. Los esteroides gonadales tienen efectos sobre la biología esquelética en los hombres. Hipogonadismo se asocia con pérdida ósea y riesgo de fractura y tanto los estrógenos como los andrógenos afectan la masa ósea en los hombres, disminución de los niveles de testosterona en los hombres y los niveles reducidos se han relacionado con la pérdida ósea y con menor masa ósea trabecular, cortical, grosor cortical y la densidad y grosor trabecular.

Finalmente se determinó que los niveles basales de esteroides sexuales influyen progresión de periodontitis y pérdida de dientes (Orwoll. E, at al 2009,pp.704-708).

Los consumidores de drogas como el cannabis tienen mala salud oral. Hay una mayor incidencia de la caries dental y enfermedades periodontales. El humo del cannabis actúa como un carcinógeno y puede causar lesiones premalignas en la mucosa oral. Los efectos secundarios del cannabis están asociados con xerostomía, el leucodema y el aumento de la prevalencia y densidad de *Candida albicans* (Grurpret. S et al. 2013,pp.587-591).

2.4 Factores neurológicos

Se demostró que una asociación entre la pérdida de dientes-enfermedad periodontal predicen una mala función cognitiva, se estima que la relación de estas patologías puede interrumpir actividades de la vida diaria como la higiene oral y el cuidado dental, también se observan varios mecanismos fisiológicos para explicar como la baja ingesta de vitamina B se ha asociado con el deterioro cognitivo y pérdida de dientes afecta negativamente a la capacidad de consumir niveles recomendados de muchos alimentos y nutrientes, factores pro-inflamatorios derivados de la respuesta del cuerpo a la infección periodontal crónica pueden viajar a través de la circulación sistémica hasta el cerebro donde se exacerbaban los procesos inflamatorios y patologías vasculares (Kaye. E et al.,2010,pp.713-718).

Existe una relación entre la apnea obstructiva del sueño y la periodontitis ya que se ven involucrados factores por ejemplo la edad, sexo, consumo de tabaco, y el más significativo la respiración por la boca durante el sueño fueron identificados como factores de riesgo para la periodontitis (Seo. W et al 2012,pp.500-506).

La demencia es considerada un problema de salud creciente en muchos países. Se estima que la demencia afecte a más de 81 millones de personas en todo el mundo. Hay pocos tratamientos para la demencia. Existe una creciente evidencia que sugiere que el deterioro cognitivo está asociado con mala salud dental en adultos mayores. Se demostró asociaciones entre la función cognitiva y la salud dental donde se concluyó que las personas con una mínima pérdida de la capacidad cognitiva tienen probabilidades de presentar dientes cariados, falta de dientes, enfermedad periodontal, prótesis dentales inestables, y mala higiene dental y de prótesis (Tatsou. Y et al 2012,pp.713-718).

La periodontitis se encuentra relacionada con enfermedades cerebrovascular se ha demostrado que aumenta la respuesta inflamatoria sistémica, que ha

sido implicado en la aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares, además de que es una compleja interacción entre la infección bacteriana crónica y la respuesta inflamatoria del huésped, lo que lleva a la decadencia eversible de todos los tejidos del diente, con la pérdida de dientes (Sfyroeras. G et al. 2012,pp.1178-1189).

Aunque las enfermedades periodontales son inflamaciones locales dentro de la cavidad oral, se asocian con reacciones sistémicas, muchas de ellas representadas por inflamación relacionada con la proteína C reactiva (CRP), interleucina 6 (IL-6) o el fibrinógeno. En consecuencia, las concentraciones incrementadas de estos marcadores también se asocian con periodontitis y pérdida de dientes. Las enfermedades periodontales son más frecuentes y graves en individuos de bajo nivel socioeconómico (Butchwald. S et al.2013,pp.241-248).

2.5 Embarazo

Durante el embarazo, las hormonas alteran inmuno-respuesta y mediadores de respuesta inflamatoria. Esto ha sido reportado que cause problemas orales, principalmente gingivitis y la infección periodontal. La gingivitis del embarazo varía de eritema asintomático a los casos graves con dolor y sangrado del tejido gingival, que afecta a 30% -100% de las mujeres embarazadas en los países industrializados. La gravedad de la inflamación gingival ha demostrado ser más alta durante el embarazo que después del parto, aunque no se produzcan cambios significativos en la cantidad de placa. Las enfermedades periodontales producen una amplia gama de signos y síntomas clínicos, tales como la pérdida de dientes, aspecto alterado, dolor, sangrado, mal aliento y deterioro de la calidad de vida (Wandera. M at.al 2009,pp.1-10).

2.6 Síndromes

El síndrome de Down (DS) es una enfermedad genética conocida como trisomía 21. La afección está asociada con un cromosoma extra número 21 en los individuos afectados, dándoles un total recuento de cromosomas de 47. Generalmente se produce por una segregación anormal de los cromosomas.

La periodontitis es un principio importante de pérdida de dientes entre los individuos con SD, además de la discapacidad mental, las respuestas inmunitarias e inflamatorias se encuentran alteradas y son factores importantes que contribuyen a su mayor susceptibilidad a periodontitis. El control de la enfermedad en este tipo de pacientes con DS es dificultoso (Khocht. A et al .2010,pp.118-123).

2.7 Otros factores

Otro factor asociado con el desarrollo de la periodontitis es la deficiencia nutricional. Se ha encontrado que el 21% de los alcohólicos estaban desnutridos. Los adictos no tienen una nutrición adecuada, lo que conduce a daños gingivales y enfermedades periodontales causadas por deterioro nutricional (índice de masa reducida cuerpo y media del brazo circunferencia muscular) más aún adictos tienen patrón de alimentación errática e irregular, que también se asocia con las enfermedades dentales (Schifferle. R et al 2009,pp. 9-72).

La espondilitis anquilosante (AS) y la enfermedad periodontal (PD) se caracterizan por la desregulación de la respuesta inflamatoria del huésped, lo que resulta en la destrucción del tejido conectivo blando y duro. Influyeron factores por ejemplo edad, género, educación, tabaquismo, consumo de alcohol y el IMC, solamente como el estado, la edad y la educación se mantuvieron predictores significativos (Pischon. N, et al. 2008,pp 37-38).

Otro factor asociado a la enfermedad periodontal es el estrés ya que retarda la curación de los tejidos conectivos y hueso, la migración apical del epitelio y formación de bolsas. En la osteoporosis crónica por estrés de hueso alveolar, migración apical del epitelio de unión y se produce formación de bolsa periodontal. Para los médicos, es importante reconocer al paciente que se encuentra en ese estado y ser capaz de aconsejar acerca de los posibles efectos del estrés como el desarrollo de la enfermedad periodontal. Además, todos los demás factores de riesgo para la enfermedad periodontal deben ser minimizados, promoviendo una buena higiene bucal y dejar de fumar para evitar la caída de las piezas dentales (Chanda. S, et al. 2002, pp.17-22).

3. CAPÍTULO III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar el número de piezas pérdidas por enfermedad periodontal en pacientes que acuden al Centro de Atención Odontológico UDLA.

3.2 Objetivos específicos

Relacionar el número de piezas pérdidas por enfermedad periodontal asociados a la edad.

Relacionar el número de piezas pérdidas por enfermedad periodontal asociadas al género.

Relacionar el número de piezas pérdidas por enfermedad periodontal asociadas al grado de instrucción.

Relacionar el número de piezas pérdidas por enfermedad periodontal asociadas a enfermedades sistémicas y factores

3.3 Hipótesis

La pérdida de piezas dentales por enfermedad periodontal es dominante en edades mayor a los 40 años y tiene una mayor predisposición en el sexo femenino, además se ha reconocido que la enfermedad periodontal es común en pacientes con enfermedades sistémicas y factores influyentes como el consumo de tabaco, es claro que estos determinantes aumentan el riesgo de la pérdida de piezas dentales.

4. CAPÍTULO IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo descriptiva. Se describe los múltiples factores y enfermedades sistémicas que se encuentran relacionadas con la enfermedad periodontal y la pérdida de piezas dentales.

4.2 Universo de la muestra

El universo estará constituido por todas las personas con enfermedad periodontal que acuden al Centro de Atención Odontológico UDLA.

La muestra será de 60 pacientes que acudan con pérdida de piezas dentales por enfermedad periodontal.

4.4 Criterios de inclusión

Pacientes con pérdida de dientes por enfermedad periodontal que asistan al Centro de Atención Odontológica UDLA.

Pacientes con enfermedades sistémicas como diabetes y factores influyentes como el consumo de tabaco.

Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.

4.5 Criterios de exclusión

Pacientes con pérdida de piezas por algún traumatismo y caries.

Pacientes embarazadas

Pacientes con tratamiento periodontal los últimos 6 meses.

4.6 Descripción del método

Se procederá con la carta de autorización por parte de la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas para entrar en horas de atención a la toma de muestra.

Primer paso: Informarnos sobre el paciente mediante el estudiante para poder determinar si presenta piezas perdidas por enfermedad periodontal.

Segundo paso: Informar al paciente si desea participar en una encuesta para un proyecto de investigación, si su respuesta es positiva se procederá con el llenado del consentimiento informado con firma y número de cédula del paciente.

Tercer paso: Se procederá con el llenado de la encuesta enfocándose en cuantas piezas ha perdido por enfermedad periodontal y cuáles son las causas, además enfocándonos en el sexo, edad, grado de instrucción y enfermedades sistémicas que influyeron la pérdida de piezas dentales.

5. CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Descripción de la muestra según el sexo.

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Masculino	27	43,5	43,5	43,5
	Femenino	35	56,5	56,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

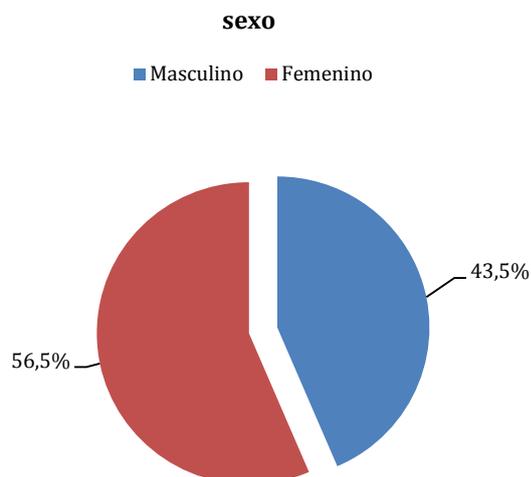


Figura 1. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el sexo.

De los evaluados, el 43,5% son de género Masculino y el 56,5% son de género Femenino

Tabla 2. Descripción de la muestra según la edad.

Edad intervalo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21 a 30 años	3	4,8	4,8	4,8
	31 a 40 años	4	6,5	6,5	11,3
	41 a 50 años	11	17,7	17,7	29,0
	51 a 60 años	21	33,9	33,9	62,9
	61 a 70 años	12	19,4	19,4	82,3
	71 o más años	11	17,7	17,7	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

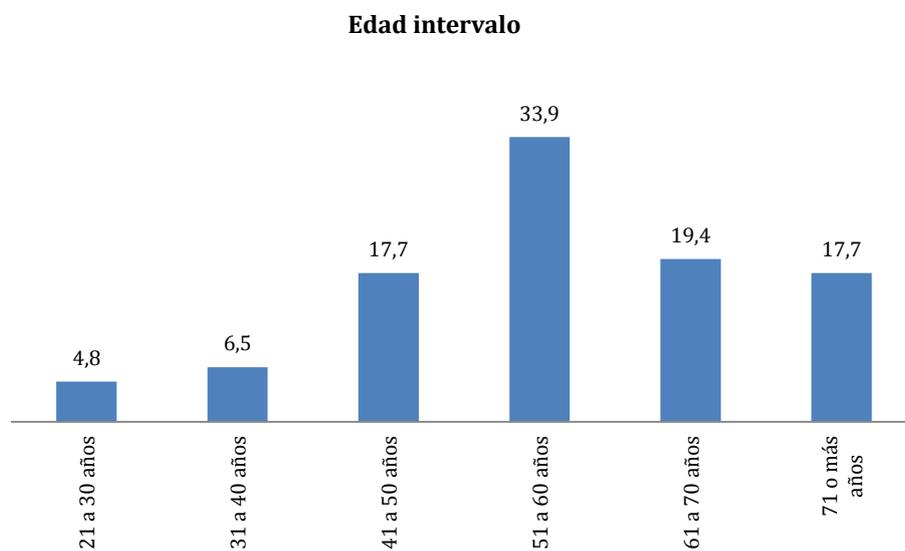


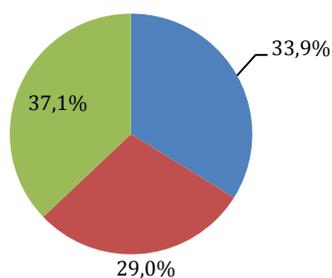
Figura 2. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según la edad.

El 4,8% están entre 21 a 30 años, el 6,5% están entre 31 a 40 años, el 17,7% están entre 41 a 50 años, el 33,9% están entre 51 a 60 años, el 19,4% están entre 61 a 70 años y el 17,7% están entre 71 o más años.

Tabla 3. Descripción de la muestra según el grado de instrucción.

Grado de instrucción					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Primaria	21	33,9	33,9	33,9
	Secundaria	18	29,0	29,0	62,9
	Superior	23	37,1	37,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Grado de instrucción
 ■ Primaria ■ Secundaria ■ Superior

**Figura 3. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el grado de instrucción.**

De los evaluados, el 33,9% son de nivel Primaria, el 29,0% de nivel Secundaria y el 37,1% de nivel Superior.

Tabla 4. Descripción de la muestra según el número de piezas perdidas.

PIEZAS INTERVALO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e	válido	acumulado

Válid o	1 a 8 Piezas	28	45,2	45,2	45,2
	9 a 16 Piezas	13	21,0	21,0	66,1
	17 a 24 Piezas	7	11,3	11,3	77,4
	25 a 32 Piezas	14	22,6	22,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Piezas perdidas intervalos

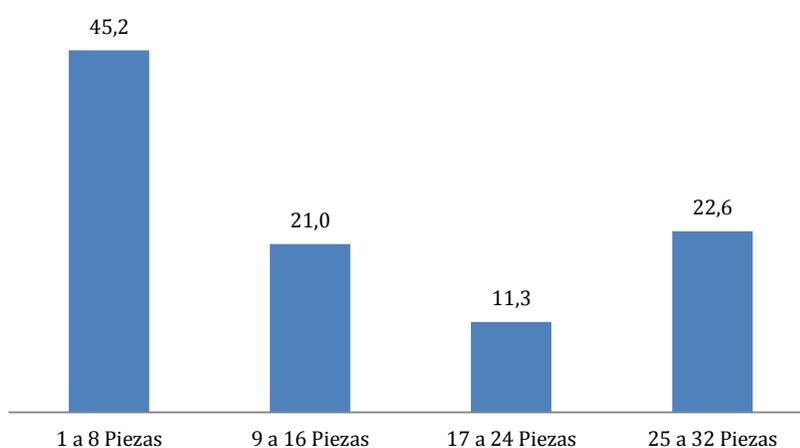


Figura 4. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el número de piezas pérdidas.

De los evaluados, el 45,2% tienen de 1 a 8 Piezas perdidas, el 21,0% entre 9 a 16 Piezas, el 11,3% entre 17 a 24 Piezas y el 22,6% entre 25 a 32 Piezas

Tabla 5. Descripción de la muestra según las enfermedades sistémicas.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	21	33,9	33,9	33,9
	Cáncer	3	4,8	4,8	38,7
	Osteoporosis	2	3,2	3,2	41,9
	Artritis	1	1,6	1,6	43,5
	Obesidad	1	1,6	1,6	45,2
	Tiroides	9	14,5	14,5	59,7
	Diabetes I	9	14,5	14,5	74,2
	Diabetes II	3	4,8	4,8	79,0
	Cáncer, Tiroides	2	3,2	3,2	82,3
	Cáncer, Diabetes I	1	1,6	1,6	83,9
	Osteoporosis, Artritis	1	1,6	1,6	85,5
	Osteoporosis, Artritis, Diabetes II	1	1,6	1,6	87,1
	Obesidad, Tiroides	1	1,6	1,6	88,7
	Obesidad, Tiroides, Diabetes I	1	1,6	1,6	90,3
	Obesidad, Diabetes I	1	1,6	1,6	91,9
	Obesidad, Diabetes II	2	3,2	3,2	95,2
Tiroides, Diabetes II	3	4,8	4,8	100,0	
Total	62	100,0	100,0		

ENFERMEDADES SISTÉMICAS

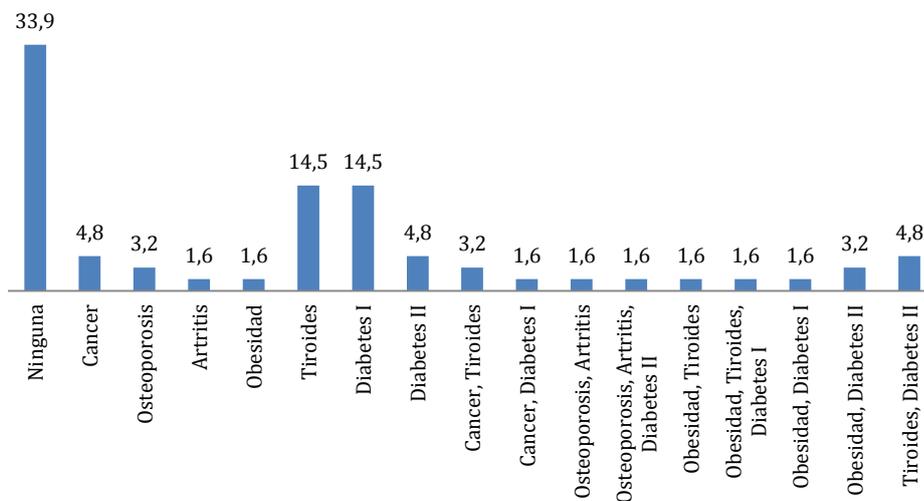


Figura 5. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según las enfermedades sistémicas

Aparte de ninguna, la mayor cantidad de enfermedades sistémicas encontradas son la Tiroides con el 14,5% y Diabetes I con el 14,5% de la evaluados

Tabla 6. Descripción de la muestra según

		Fumar			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	33	53,2	53,2	53,2
	Dejo de fumar	18	29,0	29,0	82,3
	Fuma actualmente	11	17,7	17,7	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

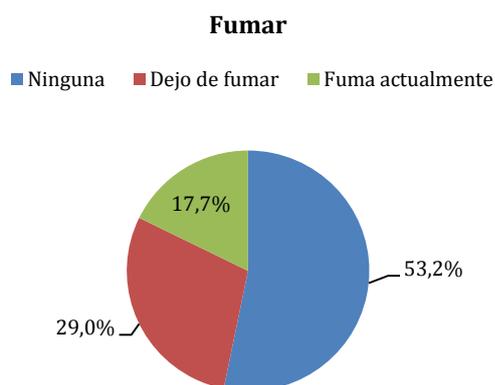


Figura 6. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el consumo de cigarrillo.

El 53,2% indican que Ninguna, el 29,0% que Dejo de fumar y el 17,7% que Fuma actualmente

Tabla 7. Descripción de la muestra según el consumo de bebidas alcohólicas.

Alcohol bebidas semana					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Ninguna	53	85,5	85,5	85,5
	1 semanal	2	3,2	3,2	88,7
	2 semanales	4	6,5	6,5	95,2
	3 semanales	3	4,8	4,8	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

Alcohol bebidas semana

■ Ninguna ■ 1 semanal ■ 2 semanales ■ 3 semanales

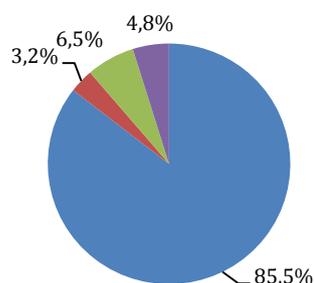


Figura 7. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el consumo de bebidas alcohólicas.

Aparte de Ninguna, el 3,2% indican que 1 semanal, el 6,5% que 2 semanales y el 4,8% indican que 3 semanales.

Tabla 8. Descripción de la muestra según el cruce de tablas entre edad y número de piezas pérdidas.

Tabla cruzada							
			piezas intervalo				Total
			1 a 8 Piezas	9 a 16 Piezas	17 a 24 Piezas	25 a 32 Piezas	
EDAD	21 a 30 años	Frecuencia	3	0	0	0	3
		%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%
	31 a 40 años	Frecuencia	4	0	0	0	4
		%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%
	41 a 50 años	Frecuencia	7	3	1	0	11
		%	11,3%	4,8%	1,6%	0,0%	17,7%

51 a 60 años	Frecuencia	10	4	2	5	21
	%	16,1%	6,5%	3,2%	8,1%	33,9%
61 a 70 años	Frecuencia	2	5	2	3	12
	%	3,2%	8,1%	3,2%	4,8%	19,4%
71 o más años	Frecuencia	2	1	2	6	11
	%	3,2%	1,6%	3,2%	9,7%	17,7%
Total	Frecuencia	28	13	7	14	62
	%	45,2%	21,0%	11,3%	22,6%	100,0%

La tabla cruzada entre la edad y las piezas pérdidas muestra que los rangos mayores van entre los 51 y 60 años de edad en su mayoría.

Figura 8. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el cruce de tablas entre edad y número de piezas pérdidas.

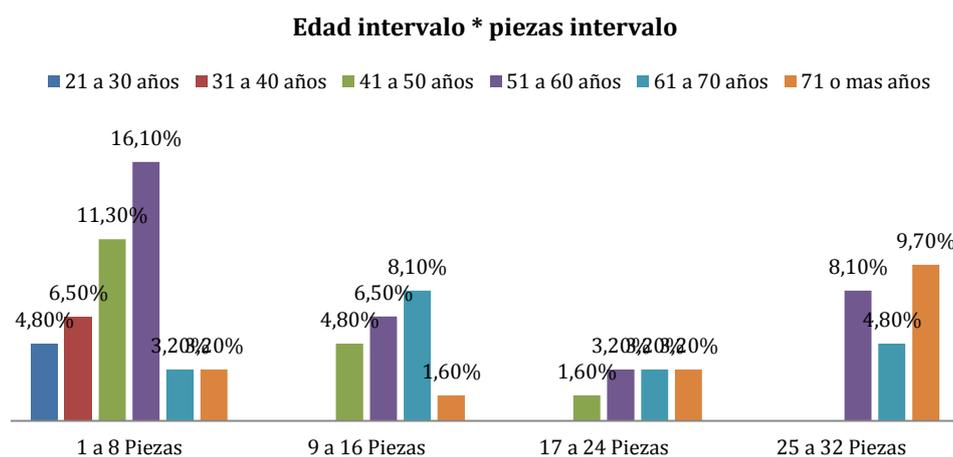


Tabla 9. Descripción de la muestra según el cruce de tablas entre el sexo y número de piezas perdidas.

Tabla cruzada							
			piezas intervalo				Total
			1 a 8 Piezas	9 a 16 Piezas	17 a 24 Piezas	25 a 32 Piezas	
Sexo	Masculino	Frecuencia	10	7	4	6	27
		%	16,1%	11,3%	6,5%	9,7%	43,5%
	Femenino	Frecuencia	18	6	3	8	35
		%	29,0%	9,7%	4,8%	12,9%	56,5%
Total		Frecuencia	28	13	7	14	62
		%	45,2%	21,0%	11,3%	22,6%	100,0%

La tabla cruzada entre el sexo y número de piezas perdidas arrojó que el sexo femenino tiene una mayor predisposición en el sexo femenino con el 56%.

Figura 9. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el cruce de tablas entre el sexo y número de piezas perdidas.

Sexo * piezas intervalo

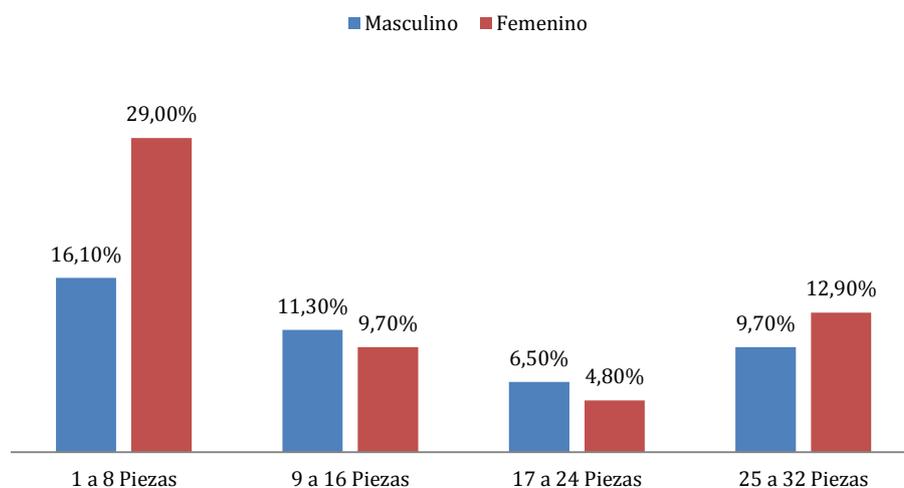


Tabla 10. Descripción de la muestra según el cruce de tablas entre grado de instrucción y número de piezas pérdidas.

Tabla cruzada							
			piezas intervalo				Total
			1 a 8 Piezas	9 a 16 Piezas	17 a 24 Piezas	25 a 32 Piezas	
Grado de instrucción	Primaria	Frecuencia	5	4	3	9	21
		%	8,1%	6,5%	4,8%	14,5%	33,9%
	Secundaria	Frecuencia	8	6	2	2	18
		%	12,9%	9,7%	3,2%	3,2%	29,0%
	Superior	Frecuencia	15	3	2	3	23

		%	24,2%	4,8%	3,2%	4,8%	37,1%
Total	Frecuencia		28	13	7	14	62
	%		45,2%	21,0%	11,3%	22,6%	100,0%

La tabla cruzada entre el grado de instrucción y el número de piezas pérdidas demuestra que los encuestados con grado de instrucción superior presentan de 1 a 8 piezas pérdidas con el 37.1%, el 29% de igual manera de 1 a 8 piezas pérdidas mientras que el grado de instrucción primaria arrojó un resultado de 25 a 32 piezas pérdidas con el 33.9%.

Figura 10. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el cruce de tablas entre grado de instrucción y número de piezas pérdidas.

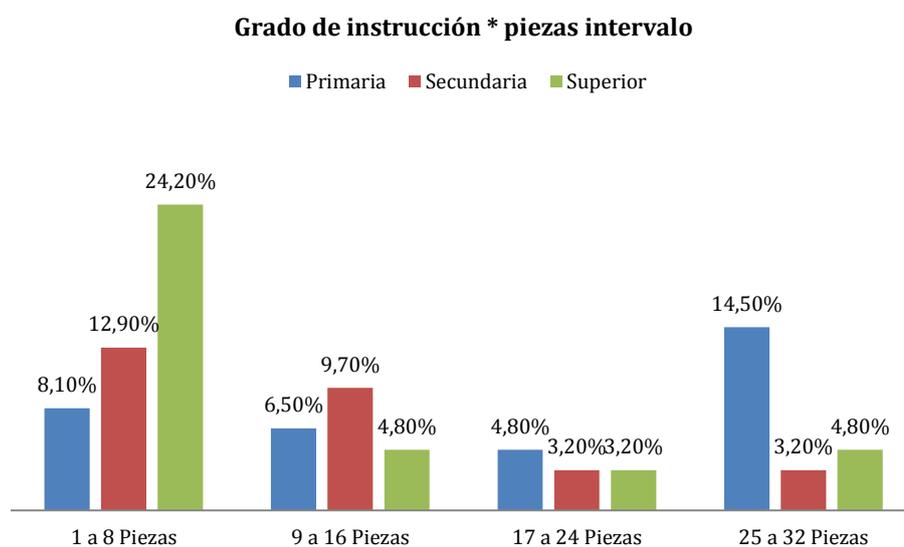


Tabla 11. Descripción de la muestra según el cruce de tablas entre enfermedades sistémicas y número de piezas perdidas.

Tabla cruzada							
		piezas intervalo				Total	
		1 a 8 Piezas	9 a 16 Piezas	17 a 24 Piezas	25 a 32 Piezas		
ENFERMEDADES SISTÉMICAS	Ninguna	Frecuencia	10	4	3	4	21
		%	16,1%	6,5%	4,8%	6,5%	33,9%
	Cáncer	Frecuencia	3	0	0	0	3
		%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%
	Osteoporosis	Frecuencia	2	0	0	0	2
		%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%
	Artritis	Frecuencia	0	0	0	1	1
		%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
	Obesidad	Frecuencia	1	0	0	0	1
		%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
	Tiroides	Frecuencia	2	3	2	2	9
		%	3,2%	4,8%	3,2%	3,2%	14,5%
	Diabetes I	Frecuencia	7	1	0	1	9
		%	11,3%	1,6%	0,0%	1,6%	14,5%
	Diabetes II	Frecuencia	1	2	0	0	3

		%	1,6%	3,2%	0,0%	0,0%	4,8%
Cáncer, Tiroides	Frecuencia		1	1	0	0	2
	%		1,6%	1,6%	0,0%	0,0%	3,2%
Cáncer, Diabetes I	Frecuencia		1	0	0	0	1
	%		1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Osteoporosis , Artritis	Frecuencia		0	0	1	0	1
	%		0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	1,6%
Osteoporosis , Artritis, Diabetes II	Frecuencia		0	0	0	1	1
	%		0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Obesidad, Tiroides	Frecuencia		0	0	0	1	1
	%		0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Obesidad, Tiroides, Diabetes I	Frecuencia		0	0	0	1	1
	%		0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Obesidad, Diabetes I	Frecuencia		0	0	0	1	1
	%		0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Obesidad, Diabetes II	Frecuencia		0	0	1	1	2
	%		0,0%	0,0%	1,6%	1,6%	3,2%
Tiroides, Diabetes II	Frecuencia		0	2	0	1	3
	%		0,0%	3,2%	0,0%	1,6%	4,8%
Total	Frecuencia		28	13	7	14	62
	%		45,2%	21,0 %	11,3 %	22,6 %	100,0 %

La mayoría de los encuestados no presentaba ninguna enfermedad sistémica con el 33.9%, mientras que la diabetes y la tiroides eran una de las importantes con el

14.5% siendo estas una de las mayores influyentes para causar la enfermedad periodontal.

Figura 11. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el cruce de tablas enfermedades sistémicas y número de piezas perdidas.

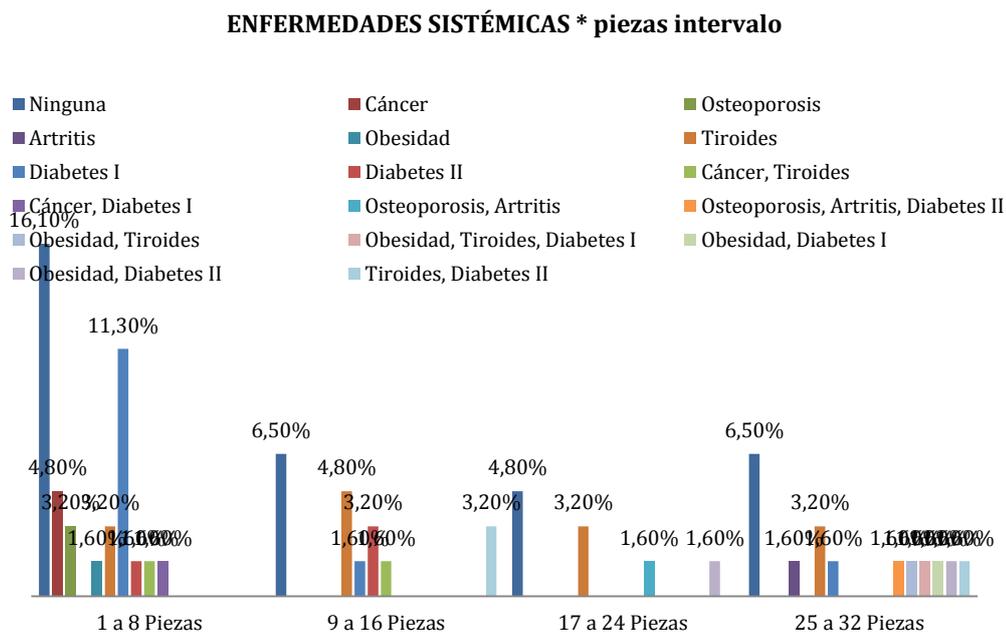


Tabla 11. Descripción de la muestra según el cruce de tablas entre fumar y número de piezas perdidas.

Tabla cruzada							
			piezas intervalo				Total
			1 a 8 Piezas	9 a 16 Piezas	17 a 24 Piezas	25 a 32 Piezas	
Fuma r	No Fuma	Frecuen cia	21	6	1	5	33
		%	33,9 %	9,7%	1,6%	8,1%	53,2%

	Dejo de fumar	Frecuencia	5	3	4	6	18
		%	8,1%	4,8%	6,5%	9,7%	29,0%
	Fuma actualmente	Frecuencia	2	4	2	3	11
		%	3,2%	6,5%	3,2%	4,8%	17,7%
Total		Frecuencia	28	13	7	14	62
		%	45,2%	21,0%	11,3%	22,6%	100,0%

El cruce de tablas entre el número de piezas pérdidas y fumar arrojó que el 53.2% de los encuestados no fumaba, el 29% dejó de fumar, mientras que el 17.7% dejó de fumar, esto demuestra que el consumo de cigarrillo no es significativo.

Figura 11. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el cruce de tablas entre fumar y número de piezas pérdidas.

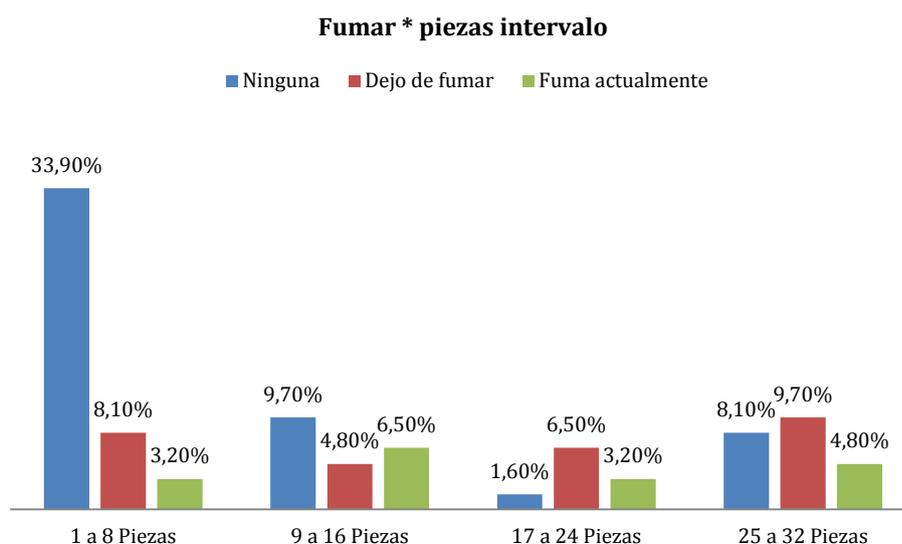
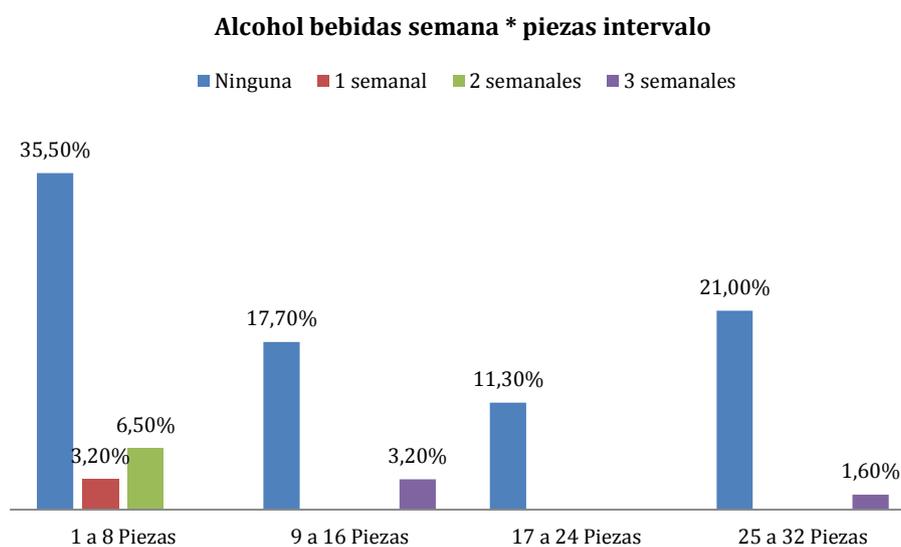


Tabla 12. Descripción de la muestra según el cruce de tablas entre consumo de bebidas alcohólicas y número de piezas perdidas.

Tabla cruzada								
			piezas intervalo				Total	
			1 a 8 Piezas	9 a 16 Piezas	17 a 24 Piezas	25 a 32 Piezas		
Alcohol bebidas semana	Ninguna	Frecuencia	22	11	7	13	53	
		%	35,5%	17,7%	11,3%	21,0%	85,5%	
	1 semanal	Frecuencia	2	0	0	0	2	
		%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	
	2 semanales	Frecuencia	4	0	0	0	4	
		%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	
	3 semanales	Frecuencia	0	2	0	1	3	
		%	0,0%	3,2%	0,0%	1,6%	4,8%	
	Total		Frecuencia	28	13	7	14	62
			%	45,2%	21,0%	11,3%	22,6%	100,0%

La tabla cruzada entre bebidas alcohólicas y número de piezas perdidas arroja que el alcohol con 85.5% no es un factor importante para el desarrollo de la enfermedad periodontal.

Figura 11. Gráfico de la tabla de distribución de pacientes según el cruce de tablas entre fumar y número de piezas perdidas.



6. CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

De acuerdo con este estudio se logró demostrar que el cigarrillo no es un factor dominante para el desarrollo de la enfermedad periodontal ya que el 53.2% no fumaba y solo el 17.7% fuma en la actualidad.

Jansson (2002), afirma que cualquier asociación observada entre la pérdida de dientes, la enfermedad periodontal y el cáncer puede deberse en gran medida a factores como el consumo de cigarrillo o factores socioeconómicos.

El fumar se ha identificado como un factor de riesgo modificable para el desarrollo de la enfermedad periodontal, y puede ser responsable de la enfermedad en su mayor parte de la población adulta.

Se estima que el riesgo de una enfermedad periodontal destructiva para un fumador es de 5 a 6 veces más alto que el de un no fumador, y puede variar. Esta estimación aumenta para los fumadores empedernidos, con un aumento de 10 a 15 veces en el riesgo de enfermedad periodontal en comparación con los no fumadores

Mientras que Orgel (2012), estima que fumar aumenta en 20 veces el riesgo de cáncer de pulmón en comparación con los que nunca lo han hecho.

En numerosos estudios observacionales, la pérdida de dientes o la enfermedad periodontal se han identificado como posibles factores de riesgo de cáncer en diferentes sitios. Se han propuesto varias hipótesis para explicar las relaciones observadas entre la enfermedad periodontal y el cáncer, incluida la inflamación sistémica crónica y una mayor exposición a nitrosaminas cancerígenas a través del tabaquismo o la dieta, pero no se establecen mecanismos. Los mecanismos de carcinogénesis también pueden diferir según el sitio. Por ejemplo, las bacterias pueden jugar un papel más directo en la carcinogénesis en la boca o el pulmón, mientras que en los órganos más distantes, la inflamación sistémica o las nitrosaminas pueden desempeñar un papel más importante.

Este estudio logró demostrar que el grado de instrucción juega un papel importante en la enfermedad periodontal, del total de los encuestados se demostró que 37.1% representaba el grado superior y presentaban de 1 a 8 piezas pérdidas de igual manera que el grado secundario con el 29%, mientras que 33.9% presentaban de 25 a 32 piezas pérdidas esto en el grado primaria. De esta manera queda demostrado que no existe una gran diferencia entre el grado superior y primario ya que representan valores similares, pero existe una gran diferencia entre el número de piezas pérdidas ya que en el grado superior representan de 1 a 8 piezas pérdidas y el grado primario presentan de 25 a 32 piezas pérdidas en su gran mayoría. Existe una controversia en esto ya que las personas con un grado de instrucción superior tienen un mayor factor socioeconómico y por obvias razones tienen un mejor acceso a un servicio odontológico y mucho más a un tratamiento costoso como es el periodontal, pero a pesar de esto tienen un grado alto de pérdida de dientes.

Arteaga (2009) nos dice que los factores socioeconómicos juegan un rol importante para la pérdida de piezas dentales, una de ellas es la dieta, en muchos países en vías de desarrollo existe mucha desnutrición lo cual es un causante para la enfermedad periodontal, caries y consecuentemente la pérdida de piezas dentales

En nuestro país el consumo de alcohol no es un factor importante que influya en la pérdida de piezas, del total de los encuestados se demostró que el 85.5% no consumían bebidas alcohólicas, queda demostrado que este factor no es significativo en nuestro país.

Schifferle (2009) en cambio nos afirma que la pérdida de piezas dentales está también relacionada con el alcoholismo y una mala nutrición, las personas adictas al alcohol en su mayoría no tienen una nutrición adecuada lo cual lleva a problemas periodontales en el futuro.

En este nuestro estudio se pudo demostrar que fumar no es un factor importante, de todas las personas que participaron en este estudio se comprobó que el 17.7% fuma cigarrillo, en cuanto al consumo de cannabis no

se logró obtener un valor importante ya que en nuestro país se considera un tabú que las personas afirmen que consumen este tipo de sustancias.

Grurpret (2013) nos dice que el consumo de cannabis es el factor más importante para la pérdida de piezas dentales ya que acelera la destrucción de los tejidos periodontales, además de que produce xerostomía, este autor afirma que el consumo de cannabis es el factor más preponderante en algunos países para perder piezas dentales aún más que el tabaco.

En mi estudio de investigación se logró demostrar que el mayor riesgo para la pérdida de piezas dentales fue el consumo de tacaco, siendo los hombres los que más demostraron haber perdido dientes por esta causa, mientras que las mujeres tuvieron un índice alto de enfermedades sistémicas como la Diabetes mellitus y tiroides con el 14.5%, en cuanto al cannabis hubo un índice bajo sobre el consumo de esta sustancia, ya que muchos pacientes se les dificultaba aceptar el consumo de esta droga ya sea por vergüenza o porque lo consideran privado.

Del total de los encuestados se comprobó que el alcohol no es un factor importante ya que el 85.5% no consumían bebidas alcohólicas, esto quiere decir que el alcohol no es un factor significativo para la pérdida de piezas en nuestro país.

Wang (2017) demostró que 11 de 18 estudios mostraron una asociación estadísticamente significativa entre la ingesta de alcohol y la periodontitis. . Cuando se estratificó por sexo, el riesgo de periodontitis con alto consumo de alcohol se duplicó entre las mujeres, pero solo un 25% más alto en los hombres. La estratificación por continente reveló que el riesgo de periodontitis varió desde un 45% de aumento en los estudios de Asia hasta un 76% de aumento en los estudios realizados en Estados Unidos y Europa.

En mi estudio se pudo comprobar que la gingivitis del embarazo no era un indicador para la pérdida de piezas dentales, ya que del total de los encuestados solo 3 pacientes presentaron pérdida de piezas dentales por enfermedad periodontal.

Wandera (2009) dice que la gingivitis del embarazo varía de eritema asintomático a los casos graves con dolor y sangrado del tejido gingival, que afecta a 30% -100% de las mujeres embarazadas en los países industrializados y el 25% termina en extracción de las piezas dentales.

7. CAPITULO VII.CONCLUSIONES

Esta investigación logró demostrar que el 45.2% de los encuestados tenía de 1 a 8 piezas pérdidas, mientras que el 21% presentaban de 9 a 16 piezas pérdidas por enfermedad periodontal, demostrando que es un dato significativo para la pérdida de piezas dentales.

En cuanto a la edad este estudio arrojó que el 33.9% de los participantes estaban en rangos entre los 51 a 60 años de edad, demostrando que en estas edades son más predominantes a estas enfermedades.

Refiriéndose al sexo el femenino este tiene más probabilidad de adquirir enfermedad periodontal ya que está representada con un 56.5% del total de los encuestados, además este sexo tiene enfermedades sistémicas importantes que ayudan a la aceleración de la enfermedad periodontal como es la tiroides y la diabetes con un 14.5%.

El grado de instrucción es una variable importante, el 37.1% está representado por el grado superior con una pérdida de 1 a 8 piezas al igual que el grado secundaria con un 29%, mientras que el grado primario está representado con un 33.9% con una pérdida de 25 a 32 piezas, se debe considerar que existe una similitud en el número de personas mas no en el número de piezas pérdidas, en esa escala si existe una diferencia significativa

Se demostró que la pérdida de piezas dentales se encuentra relacionada con las enfermedades sistémicas y factores que influyentes, estas enfermedades aceleran la destrucción de los tejidos que conforman el periodonto.

Este estudio demostró que los pacientes que presentaban Diabetes Mellitus .tipo I y II, tuvieron un riesgo alto de perder las piezas dentales en un corto tiempo, ya que son más propensos a las infecciones y el tiempo de recuperación es muy largo.

La finalidad de este estudio fue demostrar el número de piezas pérdidas por enfermedad periodontal, se encontraron variables importantes como la edad y grado de instrucción que demostraron que la mayor parte de los encuestados

desarrollaron una enfermedad periodontal grave por estas variables que finalmente ocasionó daños en sus piezas dentales o tuvieron que ser extraídas, posteriormente estos pacientes acudieron a la Clínica de la UDLA para llevar a cabo tratamientos como raspado-alisado radicular y rehabilitación como prótesis y coronas.

8. CAPITULO VIII.RECOMENDACIONES

Se recomienda varias campañas por parte del gobierno con el fin de concientizar a toda la población joven alertando los daños que causa el consumo de cigarrillo, de esta manera se podrá evitar los problemas que acarrea el cigarrillo con el tiempo.

Como profesionales de la salud se recomendamos citar a todos nuestros pacientes mínimo dos veces al año para poder realizar una evaluación completa sobre su estado bucal, de esta manera podremos evitar muchas enfermedades que puedan ocasionar problemas en el futuro.

La elaboración de una correcta anamnesis nos ayudará a relacionar con facilidad las enfermedades y factores preponderantes para el desarrollo de la enfermedad periodontal asociada con la pérdida de piezas dentales.

Es muy importante que los pacientes diabéticos acudan regularmente al odontólogo, estos pacientes corren el riesgo de una progresión rápida de la enfermedad periodontal como las infecciones ya que estos pacientes tardan en recuperarse.

REFERENCIAS

- Amaral. C, Vettore. M, Leao. A,(2009). The relationship of alcohol dependence and alcohol consumption with periodontitis: A systematic review. *ElSevier*. 37(9):643-51.doi:10.1016/j.jdent.2009.04.011
- Arteaga, O., Urzúa, I., Espinoza, I., Muñoz, A., & Mendoza, C. (2009). Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2(3):161-166. doi.org/10.1016/S0718-5391(09)70027-8
- Butchwald. S, Kocher. T, Biffar. R, Harb. A, Holtfreter. B, Meisel. P,(2013). Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal population-based study.*Journal of Clinical Periodontology*. 40(3):203-11. doi: 10.1111/jcpe.12056
- Carvajal, P., Gómez, M., Gomes, S., Costa, R., Toledo, A., Solanes, F., et al. (2016). Prevalence, severity, and risk indicators of gingival inflammation in a multi-center study on South American adults: a cross sectional study. *Journal of Applied Oral Science*.24(5):524-534. doi: 10.1590/1678-775720160178
- Cavasin. J, Elcio. M, (2009).Xerostomy, dental caries and periodontal disease in HIV+ patients. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*.13(1):14-24http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702009000100005
- Chanda. S, Bathla. M,(2010). Stress and Periodontium: A Review of Concepts. *Journal of Oral Health Community Dentistry*. 4(1):17-22.
- Darcey. J, Horner. K,Walsh. T,Southern. H,Marjanovic. E, Devlin. H,(2013). Tooth loss and osteoporosis: to assess the association between osteoporosis status and tooth number. *British Dental Journal*. 214(10):1-6. doi:10.1038/sj.bdj.2013.165
- Engeland. C, Jang. P, Alves. M, Marucha. P, Califano. J,(2008). HIV infection and tooth loss. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*. 111(4):409-410. http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.11.027

- Feitosa. D, Marquez. M, Casati. M, Sallum. E, Toledo. S,(2008). The influence of thyroid hormones on periodontitis-related bone loss and tooth-supporting alveolar bone: a histological study in rats. *Journal of Periodontal Research*. 44(4):472-8. doi: 10.1111/j.1600-0765.2008.01144.x
- Gorman, A. kaye. E, Apovian. C, Fung. T, Nunn. M, Garcia. R,(2011). Overweight and obesity predict time to periodontal disease progression in men. *Journal of Clinical Periodontology*. 39(2):107-14. doi: 10.1111/j.1600-051x.2011.01824.x
- Grurpret. S, Gupta. N, Prabhat. C,(2013). Drug addiction and periodontal diseases. *Journal Indian Society Periodontology*. 17(5): 587–591. doi: 10.4103/0972-124X.119277.
- Howard. L, Braun. R, Maryniuk. A, Camp. P.(2011). Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults. *The Journal of the American Dental Association*.114(1):40-45. doi.org/10.14219/jada.archive.1987.0052
- Ishi. E, Barros. M, Kirkwood. L, Onofre. M,(2008). Periodontal condition in patients with rheumatoid arthritis. *Brazilian Oral Research*. 22(1):72-7 .dx.doi.org/10.1590/S1806-83242008000100013.
- Jansson. L, Lavstedt. S, (2002). Influence of smoking on marginal bone loss and tooth loss– a prospective study over 20years. *Journal of Clinical Periodontology*.28(8):750-756 doi: 10.1034/j.1600-051x.2002.290812.x
- Jasim. M, Charles. F, Margo. R, Deborah. M.(2000). Cigar, Pipe, and Cigarette Smoking as Risk Factors for Periodontal Disease and Tooth Loss. *Journal of periodontology*. 71(12):1874-1881. Doi: https://doi.org/10.1902/jop.2000.71.12.1874
- Kaur. G, Holtfreter. B, Rathmann. W, Schwahn. C, Wallaschofski. H. (2009). Association between type 1 and type 2 diabetes with periodontal disease and tooth loss. *Journal of Clinical Periodontology* 2009; 36: 765–774 doi: 10.1111/j.1600-051X.2009.01445.x
- Kaye. E, Valencia. A, Baba. N, Spiro. A, Dietrich. T, Garcia. R,(2010). Tooth Loss and Periodontal Disease Predict Poor Cognitive Function in Older

- Men. *Journal of the American Geriatrics Society*.58(4):713-8
doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02788.x
- Khocht. A, Janal. M, Turner. B,(2010). Periodontal health in Down syndrome:Contributions of mental disability, personal, and professional dental care. *Special Care In dentistry*. 30(3):118-23. doi: 10.1111 / j.1754-4505.2010.00134.x
- Liljestrán. J, Havulinna. A, Paju. S, Saloma. V,Pussinen. P.(2015). Missing Teeth Predict Incident Cardiovascular Events, Diabetes, and Death. *Journal of Dental Research*.94(8):1-12. doi:journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034515586352
- Meyer. S, Joshipura. K, Giovannucci. E, Michaud. D. (2008). A review of the relationship between tooth loss, periodontal disease, and cancer. *Cancer Causes Control*. 19(9):895-907. Doi: 10.1007/s10552-008-9163-4
- Newton. J, Asimakopoulou. K, (2015). Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behaviour change for improved plaque control in periodontal management. *Journal of Clinical Periodontology*.42(16):536-546. Doi: 10.1111/jcpe.12356
- Orgel. J, Pucher. J, Rethman. M, Reynolds. M,(2012). State of the Science: Chronic Periodontitis and Systemic Health.EISevier.12(3):20-28 doi.org/10.1016/S1532-3382(12)70006-4
- Orwoll. E, Chan. B, Lambert. L, Marshall. M, Lewis. C, Phipps. K,(2009). Sex Steroids, Periodontal Health, and Tooth Loss in Older Men.*Research Reports Clinical*. 88(8): 704–708. doi: 10.1177/0022034509341013
- Pischon. N, Kroger. J, Kleber. B, Landau. H, Detert. J,(2008). Periodontal disease in patients with ankylosing spondylitis. *Clinical and epidemiological research*. 6(9):34–38. dx.doi.org/10.1136/ard.2008.097212
- Schifferle. R,(2009). Periodontal disease and nutrition: separating the evidence from current fads.*Periodontology*. 2000.50(1):9-172
DOI: 10.1111/j.1600-0757.2008.00297.x

- Seo. W, Cho. E, Thomas. R, Kim. H, (2012). The association between periodontitis and obstructive sleep apnea: a preliminary study. *Journal Of Periodontal Research*. 48(4):500-506. doi: 10.1111/jre.12032
- Sfyroeras. G, Roussas. N, Saleptsis. V, Argyriou. C,(2012). Association between periodontal disease and stroke. *Journal of Vascular Surgery*. 55(4):1178-1184 .doi.org/10.1016/j.jvs.2011.10.008
- Souza. D, Hernandez. L, Kantoski. K, Fernandes. L,(2009). Influence of alcohol consumption on alveolar bone level associated with ligature-induced periodontitis in rats.*Brazilian Oral Research*.23(3):326-336. dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000300017
- Suresh. S, Kumar. T, Saraswathy. P, Shankar. K,(2010). Periodontitis and bone mineral density among pre and post menopausal women: A comparative study.*Journal Of Indian Society Of Periodontology*. 14(1):30-34.doi: 10.4103/0972-124x.65434.
- Tatsou. Y, Katsonuri. K, Hiroshi. H, Miyo. N, Jun. A,(2012). Association Between Self-Reported Dental Health Status and Onset of Dementia: A 4-Year Prospective Cohort Study of Older Japanese Adults from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES) Project. 74(3):241-8 *Psychosomatic Medicine*. doi: 10.1097/PSY.0b013e318246dffb
- Wandera. M, Engebretsen. I, Tumwine. C,(2009). Periodontal status, tooth loss and self-reported periodontal problems effects on oral impacts on daily performances, OIDP, in pregnant women in Uganda: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*.7(89):1-10 **doi:** 10.1186/1477-7525-7-89
- Yongwen. J, Okoro. C, Oh. J, Fuller. D.(2013). Sociodemographic and Health-Related Risk Factors Associated with Tooth Loss Among Adults in Rhode Island. *Prev Chronic*.10(1):2-12. DOI: dx.doi.org/10.5888/pcd10.110285

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Perdida de piezas dentales por enfermedad periodontal

Responsables: Dr. Fabián Jaramillo
Chafuel

Estudiante: Andrés

Institución: Universidad de las Américas Facultad de Odontología

Teléfono: 0999231521 0995179850

Email: fa.jaramillo@udlanet.ec jchafuel@udlanet.ec

TÍTULO DEL PROYECTO: Pérdida de piezas dentales a causa de enfermedad periodontal que acuden al Centro de Atención odontología UDLA.

INVITACIÓN A PARTICIPAR:

Está usted invitado a participar como paciente voluntario en un ejercicio supervisado por un especialista y un estudiante, como parte de un curso en el que están inscritos, para poder aumentar el conocimiento en cuanto a pérdida de piezas dentales por enfermedad periodontal.

PROPÓSITO

- Determinar los factores implicados en la de pérdida de piezas dentales y su relación con enfermedad periodontal.

PROCEDIMIENTOS

- **Primer paso:** Informarnos sobre el paciente mediante el estudiante para poder determinar si presenta piezas perdidas por enfermedad periodontal.
- **Segundo paso:** Informar al paciente si desea participar en una encuesta para un proyecto de investigación, si su respuesta es positiva se procederá con el llenado del consentimiento informado con firma y número de cédula del paciente.
- **Tercer paso:** Se procederá con el llenado de la encuesta enfocándose en cuantas piezas ha perdido por enfermedad periodontal y cuáles son las causas, además enfocándonos en el sexo, edad, grado de instrucción y enfermedades sistémicas que influyeron la pérdida de piezas dentales.
- **RIESGOS**

Usted debe entender que los riesgos que corre con su participación en este curso, son nulos. Usted debe entender que todos los procedimientos serán realizados por profesionales calificados y con experiencia, utilizando procedimientos universales de seguridad, aceptados para la práctica clínica odontológica.

BENEFICIOS Y COMPENSACIONES

Usted debe saber que su participación como paciente voluntario en la investigación, no le proporcionará ningún beneficio inmediato ni directo, no recibirá ninguna compensación monetaria por su participación. Sin embargo, tampoco incurrirá en ningún gasto.

CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN

Usted debe entender que todos sus datos generales y médicos, serán resguardados por la Facultad de Odontología de la UDLA, en dónde se mantendrán en estricta confidencialidad y nunca serán compartidos con terceros. Su información, se utilizará únicamente para realizar evaluaciones, usted no será jamás identificado por nombre. Los datos no serán utilizados para ningún otro propósito.

RENUNCIA

Usted debe saber que su participación en el curso es totalmente voluntaria y que puede decidir no participar si así lo desea, sin que ello represente perjuicio alguno para su atención odontológica presente o futura en la Facultad de Odontología de la Universidad de las Américas. También debe saber que los responsables del curso tienen la libertad de excluirlo como paciente voluntario del curso si es que lo consideran necesario.

DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas y de que sus preguntas le sean contestadas a su plena satisfacción. Puede hacer sus preguntas en este momento antes de firmar el presente documento o en cualquier momento en el futuro. Si desea mayores informes sobre su participación en el curso, puede contactar a cualquiera de los responsables, escribiendo a las direcciones de correo electrónico o llamando a los números telefónicos que se encuentran en la primera página de este documento.

ACUERDO

Al firmar en los espacios provistos a continuación, y poner sus iniciales en la parte inferior de las páginas anteriores, usted constata que ha leído y entendido la información proporcionada en este documento y que está de acuerdo en participar como paciente voluntario en el curso. Al terminar su participación, recibirá una copia firmada de este documento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Clínico Responsable

Firma del Clínico

Fecha

Responsable

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIZACION



Dra. María Pilar Gabela

Coordinadora del Centro de Atención Odontológica

De mis consideraciones:

Yo José Andrés Chafuel Suarez, estudiante de la Facultad de odontología de la Universidad de las Américas, solicito a usted muy comedidamente la autorización para realizar mi trabajo de investigación: “Pérdida de piezas dentales a causa de enfermedad periodontal que acuden al Centro de Atención odontología UDLA” , el mismo que se realizará en CAO que acertadamente usted dirige. El estudio consiste en realizar una encuesta a los pacientes lo que me permitirá relacionar múltiples enfermedades sistémicas y otros factores asociadas con la periodontitis y pérdida de piezas.

Estaré muy agradecido por el tiempo que me permita usted tomar de los pacientes en la Clínica Odontológica Udla.

Por la atención que de a la presente petición le estaré muy agradecido

Atentamente,

José Andrés Chafuel Suarez

ANEXO 3

TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Objetivo: Esta entrevista se realiza para conocer enfermedades sistémicas actuales y pasadas y factores principales que causaron la pérdida de piezas dentales.

Responda las siguientes preguntas

Fecha:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
----------------------	----------------------	--------------------------------

Datos Generales

Nombres: _____

Apellidos: _____

Edad: ____

Género: **M**____ **F**____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Fecha de nacimiento:

Día Mes Año

Lugar de nacimiento: _____

Grado de instrucción: Primaria ____

Secundaria ____

Superior ____

1. ¿Cuántas piezas dentales ha perdido?

2. ¿Hace cuánto tiempo perdió la pieza(s)?

3. ¿Padece de una enfermedad sistémica?

- **Cáncer** _____
- **VIH-SIDA** _____
- **Osteoporosis** _____
- **Artritis** _____
- **Obesidad** _____
- **Tiroides** _____
- **Diabetes tipo I** _____ **Tipo II** _____

4. Usted consume o consumió.

- **Tabaco**
 - **Dejó de fumar** _____
 - **Nunca** _____
 - **Fuma actualmente** _____
 - **Cuántos/Día** _____
 - **# de años** _____
- **Alcohol** _____
 - **Bebidas/Semana** _____
- **Otros** _____
 - **Frecuencia** _____

5. Que medicamentos se encuentra tomando y su dosis.

6. Solo mujeres

- **Está o podría estar embarazada** _____

7. Odontograma

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Certifico que toda esta información es correcta y voluntaria.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

