



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
INTERNOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A DROGAS
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETDRO DEL
DISTRITO PIMENTEL – CHICLAYO AÑO 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

Bach. VÁSQUEZ BURGA, ANA CLAUDIA

ASESORA:

Dra. Carranza Flores, Margarita Magali.

CHICLAYO-PERÚ

2018

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
INTERNOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A DROGAS
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETDRO DEL
DISTRITO PIMENTEL – CHICLAYO AÑO 2018”**

Tesis para optar el título de: Cirujano dentista

Autor: Bach. VÁSQUEZ BURGA, ANA CLAUDIA

ASESORA:

Dra. Carranza Flores, Margarita Magali.

CHICLAYO-PERÚ

2018

Bach. VÁSQUEZ BURGA, ANA CLAUDIA

**“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
INTERNOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A DROGAS
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETDRO DEL
DISTRITO PIMENTEL – CHICLAYO AÑO 2018”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para obtención del título de:

Cirujano Dentista por la universidad Alas Peruanas



CHICLAYO-PERÚ

2018

Se dedica este trabajo a Dios, por brindarme la dicha de la salud, bienestar físico y espiritual. A mis padres, por su esfuerzo, amor y apoyo incondicional, durante mi formación tanto personal como profesional y a mis docentes, por brindarme su guía y sabiduría en el desarrollo de este trabajo.

Claudia Vásquez Burga

Agradecer hoy y siempre a mi familia por el esfuerzo realizado por ellos, el apoyo en mis estudios, A mis padres ya que me dieron la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Claudia Vásquez Burga

RESUMEN

La enfermedad periodontal es un proceso progresivo, inflamatorio que provoca la destrucción del periodonto, se reconoce que son un importante problema de salud pública a nivel global por su alta prevalencia, Las drogas además de efectos sistémicos pueden provocar alteraciones bucales entre los adictos, es por tal motivo que el riesgo de enfermedad oral se incrementa en pacientes consumidores de droga. Esta investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas según la edad, el grado y el tiempo de adicción de cada interno, siendo un tipo de investigación observacional, descriptivo, transversal. El estudio se llevó a cabo con un grupo de 40 internos con adicciones a drogas, pertenecientes al centro de rehabilitación "CETDRO", el grupo indicado se seleccionó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Del total de internos examinados clínicamente se determinó que el 67.5 % de los internos presentaban enfermedad periodontal, mientras que el 32,5% de los internos sanos. Con respecto al examen bucodental se halló que la mayor prevalencia de enfermedad periodontal según el grado de la enfermedad, se valoró con grado 1, es decir gingivitis leve (27. 5%).Según la edad del interno se determinó que la mayor prevalencia de enfermedad periodontal fue un 37.5% que se da dentro de los 36 a 46 años de edad, mientras tanto la prevalencia de enfermedad periodontal según el tiempo de adicción del interno es del 60% que se da de 7 a 12 años.

PALABRAS CLAVES: ENFERMEDAD PERIODONTAL /PREVALENCIA / GINGIVITIS / DROGAS /ADICCION

ABSTRACT

Periodontal disease is a progressive inflammatory process responsible for the deterioration of the periodontium. It is known as a major problem in public health worldwide due to its high prevalence. Drugs as well as systemic effects may cause oral alterations among addicted consumers. For this reason, the risk of oral diseases is higher among patients addicted to drugs. This research aims at determining the prevalence of periodontal disease in in-patients with drug addiction considering their age, degree, and length of addiction. The type of study is observational, descriptive, and transversal. The study was conducted among a group of 40 in-patients with drug addiction at “CETDRO” rehabilitation center. The group was selected according to inclusion and exclusion criteria. It was determined that 67.5% of the total examined patients presented periodontal disease, whereas 32.5% of the patients had healthy teeth. After an oral examination, it was found that the greatest prevalence of periodontal disease, according to its degree of intensity, was that of grade 1—mild gingivitis (27.5%). Considering the age of the in-patients, it was determined that the greatest prevalence of periodontal disease was 37.5% for patients between the ages of 36 and 46. Furthermore, the greatest prevalence of periodontal disease according to the in-patient’s length of addiction was 60% for addictions lasting between 7 and 12 years.

KEY WORDS: PERIODONTAL DISEASE / PREVALENCE / GINGIVITIS / DRUGS / ADDICTION

INDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	12
1.2 Formulación del problema.....	14
1.2.1 Problema principal:	14
1.2.2 Problema secundario:	14
1.3 Objetivos de la investigación.....	15
1.3.1 Objetivo Principal:	15
1.3.2 Objetivos secundarios:.....	15
1.4 Justificación de la Investigación.....	16
1.4.1 Importancia de la investigación.....	16
1.4.2 Viabilidad de la investigación.....	17
1.5 Limitaciones del estudio:	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	18
2.1 Antecedentes de la investigación.....	18
2.1.1 Antecedentes internacionales:.....	18
2.1.2 Antecedentes Nacionales:	23
2.2 Bases teóricas.....	25
2.2.1 La Enfermedad Periodontal.....	25
2.2.2 Prevalencia de la enfermedad Periodontal	25
2.2.3 Etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal.....	26
2.2.4 Clasificación de las Enfermedades Periodontales:	28
2.2.4.1 Enfermedades Gingivales.....	28
2.2.4.2 Periodontitis.....	34
2.2.5 Factores de riesgo que afectan la prevalencia y severidad de gingivitis y periodontitis:.....	44
2.2.6 Bacterias Asociadas a las Enfermedades Periodontales.....	46
2.2.7 La Adicción a las drogas.....	47
2.2.8 La Drogadicción	47

2.2.9 La Droga	47
2.2.9.1 Drogas Legales.....	48
2.2.9.2 Drogas Ilegales.....	51
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	54
3.1 Formulación de hipótesis principal y secundaria.....	54
3.1.1 Hipótesis Principal	54
3.1.2 Hipótesis Secundarias	54
3.2 Variables, definición conceptual y operacional.....	55
3.2.1 Variable independiente	55
3.2.2 Variable dependiente	55
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	56
4.1 Diseño Metodológico.....	58
4.2 Diseño Muestral, matriz de consistencia	59
4.3 Técnicas de Recolección de Datos	60
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	62
4.5 Técnicas del procesamiento de la información	64
4.6 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	65
4.7 Aspectos éticos contemplados.....	66
4.8 Cronograma de actividades y Presupuesto.....	67
CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSION.....	69
DISCUSIÓN	78
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS.....	82

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas.	69
Tabla 2: Prevalencia de enfermedad periodontal según el grado de la enfermedad	70
Tabla 3: Prevalencia de enfermedad periodontal según la edad del interno.....	71
Tabla 4: Prevalencia de enfermedad periodontal según el tiempo de adicción del interno.	72

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Solicitud de permiso para ejecutar investigación	90
ANEXO 2: Constancia de Culminación de la investigación	91
ANEXO 3: Firmas de la Validación de instrumento.	92
ANEXO 4: Documento de consentimiento informado:	95
ANEXO 5: Ficha de periodoncia (Periodontograma).....	96
ANEXO 6: Ficha índice de Ramfjord.....	97
ANEXO 7: Materiales que se utilizaron para realizar la investigación	98
ANEXO 8: Fotografía de drogadictos con enfermedad periodontal	99
ANEXO 9: Fotografías de la evaluación de nivel de inserción	101

INTRODUCCIÓN

Se ha visto que las enfermedades periodontales figuran entre las afecciones más comunes del género humano, alcanzándose una prevalencia muy alta de hasta el 80% en la población adulta mayor de 40 años. Es un proceso progresivo, inflamatorio, que provoca la destrucción del periodonto. Se caracteriza clínicamente por alteraciones en el color y en la textura de la encía, tendencia incrementada a la hemorragia, al sondeo en el área del surco, con migración, movilidad y pérdida de las piezas dentarias. Presentan factores de riesgo relacionados, con la mala higiene bucal, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol (drogas).

Las drogas además de efectos sistémicos pueden provocar alteraciones bucales entre los adictos. El riesgo de enfermedad oral se incrementa en pacientes consumidores de drogas, la magnitud del efecto de estos irritantes en la etiología de las enfermedades de la cavidad oral es alta, los que consumen inhalantes, usan como vía de administración alterna la aplicación por flotación de la droga sobre la superficie de la encía, esto trae serias consecuencias para la encía y para toda la mucosa bucal, se absorbe fácilmente lo que ocasiona necrosis y rápida recesión de tejidos gingivales.

Se realizó el presente trabajo de investigación con drogadictos , ya que el consumo excesivo de drogas, es un factor de riesgo importante que causan la enfermedades periodontal, por tal motivo se realizó una inspección bucal con el objetivo de determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal , según el grado ,la edad y el tiempo de adicción de cada interno ,con la finalidad de brindarles información acerca de los daños que causan el consumo excesivo de drogas en la cavidad bucal y lo propensos que son a padecer de patologías periodontales.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los tejidos periodontales pueden sufrir diversos cambios patológicos, inflamatorios, degenerativos y neoplásicos. También pueden intervenir en enfermedades autoinmunitarias. La inflamación es, con diferencia, la forma más común de patología periodontal. Puede limitarse a las encías, es decir, gingivitis, o afectar los tejidos subyacentes de soporte periodontal, es decir, periodontitis. (1)

Existen muchos factores de riesgo de las enfermedades periodontales. Los estudios sugieren que la edad, el género, el nivel socioeconómico, la educación y el fumar son indicadores de riesgo importantes para periodontitis en adolescentes e individuos jóvenes. Por esta razón, conocer los patrones epidemiológicos de la periodontitis en una población es esencial para los servicios de salud pública, además es importante identificar el estado de los parámetros periodontales desde temprana edad. (2)

Durante el último tiempo existe consenso en que el abordaje de las enfermedades periodontales debe ir acompañado de un enfoque en la salud pública, dado que se reconoce que tanto la gingivitis como la periodontitis son un importante problema de salud pública a nivel global por su alta prevalencia, por ocasionar daños evidentes en las personas, por el alto costo de tratamiento y por ser susceptibles a ser prevenidas. (3)

Según la organización mundial de la salud (OMS), las enfermedades periodontales graves, puede desembocar la pérdida de dientes, afectando a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tienen dientes naturales. (4)

En un estudio realizado por Carrillo Martínez y colaboradores en pacientes sanos que acudieron a la Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, se encontró la prevalencia de enfermedad periodontal era de 24.9% de los pacientes estudiados, presentando periodontitis de leve a severa, mientras que un 74% de los pacientes mostraron gingivitis, predominando gingivitis de severa a moderada. (5)

Las drogas además de efectos sistémicos pueden provocar alteraciones bucales entre los adictos. El riesgo de enfermedad oral se incrementa en pacientes consumidores, la magnitud del efecto de estos irritantes en la etiología de las enfermedades de la cavidad oral parece ser alta ,los que consumen inhalantes ,usan como vía de administración alterna la aplicación por flotación de la droga sobre la superficie de la encía ,esto trae serias consecuencias para la encía y en general para toda la mucosa bucal, se absorbe fácilmente lo que ocasiona necrosis y rápida recesión de tejidos gingivales. (6)

El centro de rehabilitación para adictos CETDRO se encuentra ubicado en la región Lambayeque provincia de Chiclayo, distrito Pimentel; este centro fue creado en el año 1988. Alberga a 40 internos entre ellos adictos al alcohol, drogas, juegos, entre otros. El actual director del centro es Jorge Luis Rio Frio Niño. Opté en realizar el trabajo de investigación a internos de este reconocido centro ya que muchos de ellos son adictos al consumo excesivo de drogas entre otras adicciones, siendo este un factor de riesgo importantes que causan la enfermedades periodontal, por tal motivo se realizó una inspección bucal con el objetivo de determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal , según el grado ,la edad y el tiempo de adicción de cada interno ,con la finalidad de darles a conocer mediante charlas los problemas de enfermedad periodontal que causan las adicciones a drogas como : el alcohol ,el

tabaco(drogas legales) ,la cocaína , la marihuana (drogas ilegales),la mala higiene, entre otros factores.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal:

- a. ¿Cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018?

1.2.2 Problema secundario:

- b. ¿Cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el grado de la enfermedad periodontal mediante el Índice de Ramfjord?
- c. ¿Cuál es la prevalencia de Enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según la edad del interno?
- d. ¿Cuál es la prevalencia de Enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, Según el tiempo de adicción del interno?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo Principal:

- a. Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018.

1.3.2 Objetivos secundarios:

- b. Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018. Según el grado de la enfermedad periodontal mediante el índice de Ramfjord.
- c. Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018 según la edad del interno.
- d. Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018 según el tiempo de adicción del interno.

1.4 Justificación de la Investigación

1.4.1 Importancia de la investigación.

El presente trabajo se realizó con el fin de determinar la prevalencia de enfermedades periodontales, según el grado, según la edad del interno y el tiempo de adicción, en internos del centro de rehabilitación "CETDRO", ya que la enfermedad periodontal es la causa más común de pérdida dental y una de las mayores amenazas para la salud dental de nuestro país, esta suele empezar por un proceso de gingivitis que al no tratarse provoca un estadio más avanzado de la infección llamada periodontitis pudiendo llegar a fases irreversibles.

Se reconoce que tanto la gingivitis y la periodontitis son un importante problema de salud pública a nivel global por su alta prevalencia, es por tal motivo que el presente trabajo brinda un aporte de prevención de enfermedad periodontales para internos del centro de rehabilitación, corrigiendo su salud bucal para que así desarrollen buenos hábitos de higiene oral, mejorando su calidad de vida y tratando de reducir los problemas de enfermedad periodontal que se les presente en la cavidad oral.

La investigación obtuvo beneficios significativos ya que la mayoría de individuos desconocen la importancia de la salud oral-periodontal, cómo mantener una adecuada higiene bucal y las posibles consecuencias que causan las drogas sobre los tejidos periodontales. También los centros de rehabilitación alcohólicos dependientes de esta manera incentivarán y motivarán a los internos para mejorar su salud bucal y su estilo de vida

Por esta razón se decidió realizar esta investigación para evaluar a cada interno y así determinar la prevalencia de las enfermedades periodontales, dicho estudio

beneficio a los internos ya que no cuentan con atención odontológica adecuada y en ellos se suelen presentar mayor porcentaje de lesiones periodontales debido a las adicciones de drogas.

1.4.2 Viabilidad de la investigación.

El presente trabajo de investigación fue viable porque el autor contó con los recursos humanos, financieros y tiempo necesario para llevar a cabo este estudio, como también, el estudio de la población se realizó en el centro de rehabilitación para adictos “CETDRO” del distrito Pimentel, siendo este un centro de gran interés para la investigación, ya que conté con la autorización del director mediante el cual pude acceder al centro y evaluar a los internos para obtener información. El material a utilizado estuvo compuesto por útiles de escritorio (lapiceros, papel, etc.), material de bioseguridad (guantes, mascarillas, mandiles, etc.), material de evaluación dental (baja lenguas, sonda periodontal, espejo bucal.), asimismo se realizó la coordinación con el asistente del director ya que acordamos los días en el que se les evaluará a cada interno. El tiempo que tomó realizar la investigación incluyendo la aplicación del mismo, fue de 6 meses en los cuales se trabajó a tiempo completo. El acceso a la información fue sencillo ya que hay múltiples fuentes de información acerca de enfermedades periodontales.

1.5 Limitaciones del estudio:

Las dificultades que limitaron el alcance del estudio fueron las horas disponibles con las que contaban los internos para poder ser evaluados, ya que constantemente están recibiendo charlas por especialistas de acuerdo a su adicción.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales:

IVÁN NEFTALÍ GUTIÉRREZ BAQUEDANO (NICARAGUA - 2013), (7) en su tesis titulada "Prevalencia de enfermedad periodontal crónica en pacientes fumadores y consumidores de bebidas alcohólicas, entre las edades de 20-50 años, en el municipio de san José de Achuapa, en los meses de junio-agosto del año 2013". El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal crónica en pacientes fumadores y consumidores de bebidas alcohólicas en el municipio de San José De Achuapa; determinar la prevalencia de la enfermedad según la edad del paciente.

Es un estudio descriptivo de corte transversal, Se examinaron 280 pacientes entre las edades de 20 a 50 años, fumadores, consumidores de alcohol, un grupo de ambos y un grupo de control. Se hizo uso de fichas de recolección de información con preguntas dirigidas al paciente para obtener respuestas necesarias para el estudio. Se hizo la valoración clínica de los pacientes tomando como referencia el índice epidemiológico de Russell, se obtuvo un índice individual de cada paciente. Se incluyeron pacientes sistémicamente sanos y entre el rango de las edades. El autor llegó a las siguientes conclusiones:

Alta prevalencia de enfermedad periodontal crónica, siendo de un 95% es decir 266 de los pacientes se encontraron afectados periodontalmente en alguna manera, se determinó un aumento de la prevalencia y de la gravedad mientras aumentaban los años de consumo de cigarro y de alcohol, y mientras aumenta la edad del paciente, resulto el grupo etario de los 40- 50 años mayormente afectados, los pacientes

fumadores de 11-15 y 16-20 cigarros al día y con 8 -10 o más de fumar realmente comprometidos al igual esto acompañado por el consumo de bebidas alcohólicas, también en los grupos de consumo de bebidas alcohólicas se observó cierto comportamiento agresivo de las patologías periodontales.

ALBERTO KARLO CADENA GARCIA, SILVIA PATRICIA OCHOA MEJIA (Ecuador-2013), (8) en su tesis titulada “Alcoholismo y su relación con la enfermedad periodontal”. El objetivo del presente trabajo fue determinar la relación del alcoholismo con la enfermedad periodontal en los pacientes de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta. Inspeccionar el estado de los tejidos gingivales para verificar la presencia de enfermedades periodontales. Los autores llegaron a las siguientes conclusiones:

Existe un elevado índice de alcohólicos moderados que corresponde al 58% en los cuales su flujo salival es normal en cambio en los excesivos, que corresponde al 41% su flujo salival es muy bajo; lo cual indica que el consumo excesivo de alcohol repercute en el flujo salival y este a su vez en el depósito de placa bacteriana.

De acuerdo con los datos obtenidos en los 102 alcohólicos de la clínica de rehabilitación „ Volver a vivir „ de Manta se pudo obtener que en un 73% de los pacientes su cepillado es deficiente, lo que se relaciona con la presencia de placa bacteriana; en un 54% índice placa 1 y un 32% índice placa 2, lo que indica que su higiene bucal es deficiente.

Según los resultados obtenidos de los pacientes que no presentan sangrado espontáneo en un 63% tuvieron un ácido ascórbico normal; en los pacientes que si presentaron sangrado espontáneo el 38% presentaron un sangrado bajo, por lo cual el aumento de ácido ascórbico se relaciona con el sangrado.

FILEMÓN EDUARDO FUENTES FUENTES (CHILE - 2015), (9) en su tesis titulada “Prevalencia de Gingivitis y Necesidad de Tratamiento Periodontal en Individuos Adultos de la Comuna de Santiago, Chile”. El objetivo del presente trabajo fue determinar el estado de la salud gingival y necesidad de tratamiento periodontal en relación a la población adulta de la comuna de Santiago, determinar la prevalencia y severidad de la gingivitis según edad y género. Determinar la necesidad de tratamiento periodontal según edad y género. El autor llegó a las siguientes conclusiones:

La prevalencia de individuos con gingivitis en una muestra representativa de la comuna de Santiago es de 99,1%. solo el 0,9 estaban sanos.

La gingivitis moderada es la más prevalente y presenta un genotipo altamente inflamatorio. No existió diferencia según grupo de edad.

La gingivitis es más prevalente en género masculino, y son los hombres que presentan mayor proporción inflamación gingival severa.

Todos los individuos necesitan de algún tipo de intervención periodontal, siendo el 90% de la cantidad de sextante aproximado, que requieren de tratamiento periodontal con resolución en atención primaria por medio de un odontólogo general.

El 23,5% de los individuos requieren de un tratamiento periodontal de segundo nivel o derivación directa a especialista.

La necesidad de tratamiento periodontal de mayor complejidad aumenta proporcionalmente con la edad.

JESSICA ESTEFANIA SANTANA MOREJÓN (Ecuador 2015), (10) en su tesis titulada: “utilización de la clorhexidina al 0.2% asociado a vitamina c para el tratamiento de la enfermedad periodontal en pacientes alcohólicos del centro de rehabilitación Oasis de la parroquia Izama”. El objetivo del presente trabajo Fue determinar el tipo de enfermedad periodontal que predomina en los pacientes alcohólicos del centro de rehabilitación oasis. El autor llego a las siguientes conclusiones:

La utilización de la clorhexidina al 0.2% asociada a la vitamina c sirvió para disminuir la adherencia bacteriana a los órganos dentales y para la reparación de tejidos afectados por la periodontitis.

La enfermedad periodontal se presenta en mayor número de personas de sexo masculino en la tercera década de vida.

Las valoraciones de los pacientes alcohólicos presentaron en mayor número periodontitis leve, con una movilidad dentaria grado uno y pérdida ósea en sentido vertical.

MARÍA BELÉN SALAZAR LAZO (ECUADOR-2016), (11) en su tesis titulada:” prevalencia de la enfermedad periodontal de acuerdo a la extensión y severidad en pacientes adultos de la clínica UCSG”. El objetivo del presente trabajo fue: Determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal de acuerdo a su severidad y extensión. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en adultos de 18 a 65 años de la Clínica Odontológica UCSG donde se observaron enfermedades periodontales, y se diagnosticaron de acuerdo a su extensión y severidad, dependiendo de la edad y en el género. El autor llego a las siguientes Conclusiones:

Existe una alta prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con un rango de edad de 18-29 años, el cual aumento el riesgo de enfermedad periodontal crónica en pacientes con rangos de edad entre 54-65.

La prevalencia de la gingivitis es alta, del total de la muestra (150) los pacientes que presentaron gingivitis son (68) que representa el 45,33% del total de la muestra. Se encontró que en las mujeres presentaron el 57,35% dando a lugar a (39) mujeres con gingivitis y (29) hombres con gingivitis que representa el 42,65 % del total de la muestra de gingivitis según su género y edad.

El tipo más frecuente de periodontitis según su severidad fue moderada, con un total de (29) pacientes que representa el 55,77% del total de la muestra según su severidad.

La enfermedad periodontal que tuvo mayor prevalencia en cuanto a su extensión se observó que es la periodontitis crónica generalizada con (26) personas que representan el 50% del total de la muestra de extensión que presenta la Periodontitis crónica, (59) pacientes en total.

Según su edad en el género femenino hay mayor porcentaje en el rango de edad de 18-29 años con (14) pacientes que representa el 66,37% y en el masculino en el rango de edad de 42-53 años con (10) pacientes que representa el 58,82% del promedio total de cada rango.

MUELA JÁCOME DANIELA ALEXANDRA (2016), (12) en su tesis titulada: “Enfermedad periodontal en pacientes drogadictos de 18-40 años por consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de odontología del centro de reposo san juan de dios en el periodo octubre-febrero 2015-2016”, El objetivo del presente trabajo fue Determinar el grado de enfermedad periodontal en pacientes drogadictos

de 18-40 años por consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de odontología del centro de reposo San Juan de Dios en el periodo octubre-febrero 2015-2016. El estudio se llevó a cabo en un grupo de 70 drogadictos que comprendían entre los 18 y 40 años de edad, se atendieron en el departamento de odontología del centro de reposo San Juan de Dios del grupo indicado se seleccionaron de acuerdo al criterio de inclusión y exclusión. El autor llego a las siguientes conclusiones:

La prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes drogadictos del centro de recuperación San Juan de Dios se determinó que el 44,3 % de pacientes presentaban enfermedad periodontal.

Los pacientes que consumieron heroína y éxtasis se demostró que no presentaba enfermedad periodontal mientras que los pacientes que consumían marihuana y cocaína producían algún tipo de enfermedad periodontal.

Las lesiones que presentan los pacientes drogodependientes dependerán del tipo de sustancia las cuales están sujetos a la adicción. Las lesiones en tejido periodontal asociadas al consumo de las sustancias psicoactivas, se definen por ser muy destructivas, el cual el pronóstico dependerá de la predisposición del paciente en su recuperación, tanto general como de su salud buco-dental.

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

ESPADA PINTO, MARCELO EDILBERTO (Huacho-Perú 2014), (13) en su tesis titulada: "El consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en internos del centro de rehabilitación rompiendo cadenas año 2014". El objetivo del presente trabajo fue determinar el consumo de marihuana y características clínicas del tejido periodontal en pacientes del Centro de Rehabilitación "Rompiendo

Cadenas”. Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 61 pacientes del Centro de Rehabilitación “Rompiendo Cadenas” cuyas edades fluctuaban entre 18 a 50 años. El autor llegó a las siguientes conclusiones:

Se encontró que la frecuencia más alta de consumo de marihuana fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y la forma de consumo más usada fue mixto.

La mayor cantidad de pacientes no presentaron bolsa periodontal (82.0%), ni sangrado gingival (63.9%) pero sí un nivel de adherencia clínica leve (65.6%) y moderado (19.7%).

El 93.4% no presentaron compromiso de furca; el 98.4% no tenían movilidad dentaria, el 55.7% presentaron agrandamiento gingival, el 31.1% recesión gingival, y el 80.3% de los pacientes un nivel de higiene oral malo.

Se evidenció que la mayoría de pacientes presentaban un nivel de adherencia clínica promedio leve, moderado, ausencia de bolsa periodontal, sangrado gingival, movilidad dentaria y compromiso de furca, además el nivel de higiene oral fue malo. Por lo tanto, no se puede asegurar que la marihuana ocasione directamente daños sobre el tejido periodontal, sino que existen otros factores que contribuyen a la modificación de los resultados.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La Enfermedad Periodontal

De acuerdo a GESTAL OTERO (14),La enfermedad periodontal es un proceso progresivo, inflamatorio, que provoca la destrucción del periodonto si no es tratada adecuadamente y se caracteriza clínicamente por alteraciones en el color de la encía (enrojecimiento), alteraciones en la textura (tumefacción) de la encía, tendencia incrementada a la hemorragia, al sondeo en el área del surco /bolsa gingival, con migración y movilidad de las piezas dentarias y pérdida de las piezas dentarias.

“La enfermedad periodontal es el problema infeccioso más frecuente en estados unidos y la causa principal de pérdida de la dentadura entre los adultos. los casos de enfermedad periodontal aumentan con la edad; del 15% a los diez años a más del 50% a los cincuenta años. Periodontal significa “alrededor de los dientes”. Por lo tanto, enfermedad periodontal se refiere a cualquier afección de las encías u otras estructuras que sostienen la dentadura.” (15)

“La principal causa de la aparición y la evolución de la enfermedad periodontal es la acumulación de placa dentobacteriana. Esta placa produce toxinas en el surco gingival que destruyen tejidos y facilitan que los dientes se aflojen. Cuando la placa progresa hasta hacer un cálculo, este actúa como irritante local y lleva a la inflamación.” (16)

2.2.2 Prevalencia de la enfermedad Periodontal

ECHEVARRIA GARCIA (17) “Las enfermedades periodontales tienen una elevadísima prevalencia, afectando a la mayoría de la población, siendo la principal causa responsable de la pérdida de las piezas dentales, incluso más que la caries

dental, se hace más frecuente a partir de los 30 años de edad .Es el proceso inflamatorio del periodonto que lleva a la destrucción a partir de las placas dentales y de la gingivitis. Generalmente se produce por deficiente higiene dental personal.”

GESTAL OTERO (18) ,”Las periodontopatías figuran entre las afecciones más comunes del género humano, alcanzándose prevalencia de enfermedad periodontal muy altas de hasta el 80%en la población adulta mayor de 40 años.se pierden el 80% de los dientes después de los 45 años de edad siendo esta enfermedad la principal responsable de las perdidas dentales en el adulto.”

Las enfermedades bucodentales presentan factores de riesgo relacionados, con la mala salud, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. La prevalencia de las enfermedades bucodentales está aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en todos los países, la carga de morbilidad por esta causa es considerablemente mayor en las poblaciones pobres y desfavorecidas.

Las enfermedades periodontales graves pueden ir hasta la perdida de dientes afectando un 15- 20 % los adultos de edad media. La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta a las personas adultas jóvenes y mucho más a adultos mayores, alrededor del 30 %la población con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tienen dientes, generando problemas de salud. (19)

2.2.3 Etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal

La cavidad oral constituye un microambiente propicio para el desarrollo de innumerables especies de microorganismos y dentro de ella, los tejidos periodontales tienen ciertas características que permiten la colonización y desarrollo de estas especies. La placa microbiana es la causa principal de los diferentes tipos

de enfermedad periodontal, esta micro biota bucal es una de las que presenta mayor complejidad en el organismo, se encontraron 300 y 400 especies.

La formación de la placa dental es el resultado de una serie de procesos complejos que involucran una variedad de bacterias y componentes de la cavidad bucal del huésped. Estos procesos comprenden en primer lugar la formación de la película adquirida sobre la superficie del diente; seguido de la colonización por microorganismos específicos adheridos sobre la película adquirida; y finalmente la formación de la matriz de la placa.

La enfermedad periodontal inicia y se mantiene por factores como la acumulación de placa microbiana en la superficie dentaria adyacente a los tejidos gingivales que pone a las células del epitelio surcular en contacto con productos de desecho, enzimas y componentes superficiales de bacterias colonizantes. Las sustancias microbianas estimulan las células epiteliales para que produzcan citoquinas proinflamatorias y otros mediadores químicos de la inflamación, estos inician una respuesta inflamatoria produciendo una inflamación en los tejidos al acumularse líquido y se genera la gingivitis.

En las primeras etapas de la enfermedad los neutrófilos predominan en el surco gingival dando como resultado la liberación de múltiples enzimas que ocasionan efectos perjudiciales para los tejidos del huésped. La infiltración inmunitaria comienza y se pierden componentes estructurales y espacio físico que es infiltrado por leucocitos. Las capas epiteliales son destruidas, el epitelio se reforma en una ubicación más apical y se forma la bolsa periodontal. Al extenderse la infiltración se reabsorbe el hueso, se forma

tejido de granulación fuertemente vascularizado y lleno de células plasmáticas productoras de anticuerpos. Adicionalmente las células del tejido de granulación producen enzimas degradantes de la matriz y citoquinas que directa e indirectamente degradan aún más el tejido conectivo y el hueso.

Finalmente, la continua estimulación antigénica por los microorganismos, induce una mayor infiltración que contribuye al aumento en la profundización de la bolsa periodontal, extensión del tejido de granulación, pérdida de hueso y pérdida del ligamento periodontal que culmina en la desaparición de estructuras de sostén del diente y pérdida del mismo. (20)

2.2.4 Clasificación de las Enfermedades Periodontales:

Se incluye en la denominación de periodontopatías a toda alteración patológica, de cualquier origen, que ataque los tejidos periodontales. Ellas comprenden la enfermedad periodontal, las diversas enfermedades gingivales y las manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas.

Se llama enfermedad gingival a las alteraciones patológicas de la gingiva; en su enorme mayoría son de tipo inflamatorio y evolucionan hacia una enfermedad periodontal. La enfermedad periodontal se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales, con formación de una bolsa periodontal que lleva a la pérdida de hueso alveolar y eventualmente a la del diente. Su causa primaria es infecciosa (placa bacteriana). (21)

2.2.4.1 Enfermedades Gingivales

La gingivitis es la causa más común de las denominadas enfermedades periodontales, aquellas que afectan a los tejidos que rodean y sujetan a los dientes,

y constituyen una respuesta inflamatoria, caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, cambio en el contorno del tejido gingival, pérdida del tejido de adaptación del diente e incremento del fluido gingival. (22)

“La gingivitis es más severa en áreas interproximales, como también en vestibular del maxilar superior y lingual del inferior. La pérdida ósea es más severa en zonas molares e incisivas que en caninos y premolares. Los dientes más severamente afectados por la enfermedad periodontal son los incisivos inferiores y los molares superiores, seguidos por los molares inferiores, incisivos superiores, y premolares y caninos, en ese orden.” (23)

2.2.4.1.2 Clasificación de Enfermedades Gingivales

Uno de los puntos que más resaltan en esta nueva clasificación es que al término simple de gingivitis no siempre se debe asociar a una lesión gingival y debe considerarse una adición cuando existen:

- 1) Factores sistémicos tales como desórdenes del sistema endocrino
- 2) Uso de ciertos medicamentos
- 3) Estados de malnutrición

A.- Enfermedad por placa dental

1 - Gingivitis asociada únicamente a placa

- a. Sin otros factores locales contribuyentes
- b. Con otros factores locales contribuyentes

2 - Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

- a. Asociadas al sistema endocrino

1. En la pubertad
 2. En el ciclo menstrual
 3. En el embarazo
 - a. Gingivitis
 - b. Granuloma piógeno
 - 4 .Gingivitis en diabetes mellitus
- b. Asociadas a discrasias sanguíneas
1. Gingivitis en la leucemia
- 3 - Enfermedades gingivales influenciadas por medicación
- a. Influenciada por drogas
 1. Agrandamientos gingivales inducidos por drogas
 2. Gingivitis influenciada por drogas
 - b. Influenciada por anticonceptivos
- 4 - Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición
- a. Gingivitis por deficiencia de ac. Ascórbico
- B.- Enfermedades gingivales no asociadas a la placa
- 1 - Lesiones originadas por bacterias específicas
 - a. Neisseria gonorrea
 - b. Treponema pallidum
 - c. Estreptococal sp.
 - 2- Enfermedad gingival de origen viral

a. infecciones por herpes

1. Gingivoestomatitis primaria
2. Herpes oral recurrente
3. Varicela-zoster

3 - Enfermedad gingival de origen fúngico

- a. infecciones por *Cándida* sp.
- b. Eritema gingival lineal
- c. Histoplasmosis

4- Lesiones gingivales de origen genético

- a. Fibromatosis gingival hereditaria
- b. Otros.

5 - Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas

A. Desórdenes mucocutáneos

- 1) Liquen Plano
- 2) Penfigoide
- 3) Pénfigo Vulgar
- 4) Eritema Multiforme
- 5) Lupus Eritematoso
- 6) Inducido Por Drogas

B. Reacciones Alérgicas

1) Materiales Dentales

- a) Mercurio
- b) Níquel
- c) Acrílico

2) Reacciones Atribuibles a:

- a) Dentífricos
- b) Enjuagues bucales
- c) Aditivos del Chicle
- d) Alimentos y Aditivos

6- Lesiones traumáticas (iatrogénicas, accidentales, incidentales).

- a. Químicas
- b. Físicas
- c. Térmicas

7- Reacciones a cuerpo extraño. (24)

2.2.4.1.3 Características de la Gingivitis

- ✓ Color: rojizo, amoratado, sangra espontáneamente
- ✓ Tono: blando o edematoso
- ✓ Superficie: liso, brillante
- ✓ Anatomía: papilas alteradas, aumentadas de tamaño, destruidas, pseudobolsas, crecimiento hacia las coronas
- ✓ Sangrado: sangrado al sondaje. (25)

2.2.4.1.4 Distribución de la Gingivitis

- La gingivitis localizada: se encuentra en la encía de un solo diente o a un grupo de dientes.
- La gingivitis generalizada: afecta toda la boca.
- La gingivitis marginal: comprende el margen gingival, pero puede incluir una porción de la encía insertada contigua.
- La gingivitis papilar: abarca las papilas interdentes y se puede extender hacia la porción vecina del margen gingival.
- La gingivitis difusa: afecta el margen gingival, la encía insertada y las papilas interdentes. (26)

2.2.4.1.5 Medición de Gingivitis

La medición de gingivitis se ha llevado a cabo mediante el uso de diferentes índices, los cuales han servido para establecer su prevalencia en diferentes comunidades.

Índice gingival de Loe (1963)

Mide la inflamación en la porción marginal de la encía.

-0: ausencia total de signos visuales de inflamación

-1: ligero cambio de color y textura

-2: inflamación visual y tendencia al sangrado, después de pasar la sonda.

-3: inflamación manifiesta con tendencia al sangrado espontáneo.

Índice de placa de Silness y Loe (1964-PLI)

Índice de calificación de los depósitos de placa.

-0: Ausencia de depósitos de placa.

-1: Placa descubierta después de pasar la sonda periodontal

-2 Placa visible.

-3 Placa abundante. (27)

2.2.4.2 Periodontitis

“Podemos definir la periodontitis como un grupo de enfermedades inflamatorias de origen infeccioso que afectan a los tejidos de soporte del diente y que de no ser tratadas adecuadamente pueden causar la pérdida de los dientes por destrucción de su aparato de inserción.” (28)

La periodontitis más que una infección en los tejidos de soporte es una enfermedad inflamatoria crónica, y muchas de las formas de este tipo de enfermedad periodontal están asociadas a la placa bacteriana, y más específicamente a complejos microbianos patogénicos que colonizan y residen en el espacio subgingival formando bolsas patológicas donde interactúan de diversas formas con las defensas del huésped.

2.2.4.2.1 Clasificación de la Periodontitis:

I.- Periodontitis crónica

A. Localizada

B. Generalizada

II.- Periodontitis agresiva

A. Localizada

B. Generalizada

III.- Periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas.

A. Asociada con desordenes hematológicos

1. Neutropenia adquirida
2. Leucemias

B. Asociada con desórdenes genéticos

1. Neutropenia cíclica y familiar
2. Síndrome de Down
3. Síndrome de deficiencia de adherencia de leucocitos
4. Síndrome de Papillon-Lefevre
5. Síndrome de Chediak-Higashi
6. Síndrome de histiocitosis
7. Enfermedad de almacenamiento de glucógeno
8. Agranulocitosis genética infantil
9. Síndrome de Cohen
10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipo IV y VII)
11. Hipofosfatasa

I V.- Enfermedades periodontales necrotizantes

- A. Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN)
- B. Periodontitis ulcerativa necrosante (PUN)

V.- Abscesos en el periodonto.

- A. Absceso gingival.

B. Absceso periodontal.

C. Absceso pericoronar.

VI.- Periodontitis asociadas con lesiones endodónticas.

A. Lesión combinada endoperiodontal

VII.- Deformidades y condiciones del desarrollo y adquiridas

A. Factores localizados al diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen enfermedad gingival y periodontitis

1. Factores de la anatomía dentaria.
2. Restauraciones y aparatos dentales.
3. Fracturas radiculares.
4. Resorción radicular cervical y fisuras cementarias.

B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente

1. Recesión gingival y de tejidos blandos
 - a. Superficies vestibulares y linguales
 - b. Interproximal o papilar
2. Falta de encía queratinizada
3. Vestíbulo poco profundo
4. Posición aberrante de frenillo / muscular
5. Excesos gingivales
 - a. Bolsa gingival (pseudobolsa)

b. Margen gingival inconsistente

c. Despliegue gingival excesivo

d. Agrandamientos gingivales

6. Coloración anormal

C. Deformidades mucogingivales y condiciones de procesos edéntulos

1. Deficiencia horizontal / vertical del proceso

2. Falta de tejido gingival queratinizado

3. Agrandamiento de tejidos blandos/gingivales

4. Posición aberrante de frenillo /muscular

5. Vestíbulo poco profundo

6. Coloración anormal

D. Trauma oclusal

1. Trauma oclusal primario

2. Trauma oclusal secundario (29)

I - La periodontitis crónica:

“Este término vino a sustituir a la que entonces se denominaba periodontitis del adulto pues se pensó que la edad podía no ser un factor diagnóstico. Suele darse en adultos por encima de los 30 años y su progresión es lenta en la mayoría de los casos, aunque pueden darse brotes agudos de rápida pérdida de inserción. Determinantes factores de riesgos sistémicos pueden influir en la velocidad de la progresión de las periodontitis crónicas.” (30)

La periodontitis crónica es la forma más común:

- Prevalente en adultos, pero puede ocurrir en niños.
- Cantidad de destrucción en relación con factores locales.
- Patrón microbiológico variable.
- Frecuente cálculo subgingival.
- Grado de progresión de lento a moderado, posibles periodos de progresión rápida.
- Posiblemente asociada o modificada por: enfermedades sistémicas (diabetes, HIV), factores locales, tabaquismo, estrés.

Este tipo de periodontitis puede ser localizada si el porcentaje de sitios afectados es inferior al 30% o generalizada si el porcentaje de sitios afectados es superior al 30%, en ese caso puede ser: Leve: 1 a 2 mm de pérdida de inserción clínica; Moderada: 3 a 4 mm o Severa: $> o = 5$ mm.

(31)

II- Periodontitis agresiva

Este término vino a sustituir a las hasta entonces denominadas periodontitis de inicio precoz, caracterizadas todas ellas por un curso agresivo, al pensarse que una periodontitis agresiva puede presentarse a cualquier edad. La principal característica de esta periodontitis sería la pérdida de inserción, destrucción ósea rápida y una tendencia a la agregación familiar de casos. (30)

La periodontitis agresiva presenta las siguientes características comunes en todas ellas:

- Paciente sano clínicamente.

- Rápida pérdida de inserción y destrucción ósea.
- No relación cantidad de depósitos microbianos con severidad de la enfermedad.
- Patrón hereditario.
- Existen otras características que también son comunes a este tipo de enfermedad periodontal pero no universales:
- Zonas enfermas colonizadas por A.A.
- Función fagocítica anormal.
- Hiperrespuesta de macrófagos, produciendo PGE2 incrementada y IL-1.
- En algunos casos, progresión autolimitante.

La forma agresiva puede ser localizada o generalizada. La localizada es circumpuberal, está localizada en 1º molar o incisivos con pérdida de inserción proximal en al menos 2 dientes permanentes, uno de los cuales es un 1º M, y presenta una alta respuesta de anticuerpos a agentes infecciosos. La forma agresiva generalizada, normalmente afecta a menores de 30 años, aunque pueden darse en mayores. Hay una pérdida de inserción proximal generalizada afectando al menos a 3 dientes diferentes de 1ºs M e incisivos. Tiene una pobre respuesta de anticuerpos a agentes infecciosos.

III- Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas: pueden estar provocadas por:

- ✓ Hematológicas: neutropenia adquirida, leucemias.

- ✓ Genéticas: Neutropenia familiar y cíclica, síndrome de Down, síndromes de deficiencia de adhesión leucocitaria, síndrome de Papillon-Lefèvre, entre otros.

IV - Enfermedades periodontales necrotizantes

La enfermedad periodontal necrotizante que puede ser Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN) o periodontitis ulcerativa necrosante (PUN) se caracterizan por:

- Papila necrótica y ulcerada, margen gingival cubierto por pseudomembrana, cráter de la papila, sangrado provocado o espontáneo, dolor, aliento fétido.
- Puede acompañarse por fiebre, malestar Gral. y linfadenopatía.
- Diagnóstico diferencial entre GUN y PUN: en PUN se produce pérdida de inserción y ósea.

Otro tipo de enfermedad periodontal en la clasificación también bastante frecuentes son los abscesos del periodonto que básicamente son acúmulos de pus en la bolsa periodontal del diente.

V- Las periodontitis asociadas a lesiones endodónticas: también conocidas como lesiones endo-perio en las cuales una infección de origen endodóntico puede afectar el periodonto y viceversa. Y, por último, las deformidades y condiciones adquiridas o desarrolladas del periodonto en las cuales también se incluye el trauma oclusal y que se basan en la ausencia o defectos de encía y de hueso del reborde alveolar. (31)

La clasificación de la periodontitis crónica se establece en función de los siguientes criterios:

1. Extensión

- Localizada: La que se presenta en menos de un 30%.
- Generalizada: La que muestra en más de un 30% de localizaciones afectadas.

2. Severidad

- Leve: Cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 milímetros.
- Moderada: Cuando la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm.
- Severa o avanzada: Cuando la pérdida de inserción es superior a 5 mm. (32)

2.2.4.2.2 Medición de Periodontitis:

La medición de la periodontitis se ha llevado a cabo con diferentes índices; sin embargo, en esta revisión solo se hará referencia a los dos índices que en la actualidad son los más usados en los estudios epidemiológicos. (33)

-Índice de extensión y severidad (ESI)

Fue desarrollado por Carlos y col. en 1986; es un índice compuesto, que mide la extensión expresada como la proporción de puntos dentarios en el sujeto que muestran periodontitis destructiva. Y la severidad; la cantidad de pérdida de inserción de los puntos afectados.

La extensión de la enfermedad, E, se expresa como el porcentaje de los sitios examinados que presentaron enfermedad (d_i = pérdida de inserción mayor a 1 mm), para lo cual se suman las superficies afectadas (d_i), se

divide por el número de superficies examinados y se multiplica por 100 (di/de x100).

Para determinar el valor de la severidad de la enfermedad periodontal, se suman los milímetros de pérdida registrados en cada medición, se le resta 1mm a cada una de las medidas (considerado como pérdida normal según el autor) y se divide por el número de superficies que presentaron pérdida mayor de un milímetro. (Ómm/de).

Las superficies a examinar, con base en la versión parcial propuesta por Papapanou son las siguientes:

- 16 superficies mesial y distal
- 11 superficie mesial.
- 23 superficie mesial.
- 25 superficie mesial.
- 35 superficie mesial.
- 34 superficie mesial.
- 41 superficie mesial.
- 43 superficie mesial y distal. (33)

2.2.4.2.3 Epidemiología y Etiopatogenia de la Periodontitis.

Como se puede apreciar en la clasificación de las enfermedades que afectan al periodonto, estas son múltiples y con orígenes muy diversos. por su prevalencia e incidencia destacan la periodontitis, enfermedades inflamatorias destructivas que llevan a la pérdida de los dientes, y entre ellas las llamadas periodontitis crónicas y periodontitis agresivas.

La prevalencia tanto de las gingivitis como de casi todas las formas de periodontitis, está muy relacionada con el control de la placa, los hábitos de higiene bucal y la atención dental recibida. La prevalencia de periodontitis moderada - avanzada oscila entre un 5 y un 15%. En el caso de la periodontitis agresiva, la prevalencia se estima en torno al 0.1%.

Las periodontitis están producidas por microorganismos, es decir, son infecciones en las que determinadas bacterias colonizan la región gingival dentaria produciendo inflamación y la formación de bolsas periodontales. El epitelio de unión se transforma en epitelio de bolsa y si destruye tejido conectivo gingival, hueso alveolar y ligamento periodontal. Estas bacterias en su mayoría Gram negativas y anaerobias, se organizan en estructuras formadas por comunidades bacterianas denominadas biofilms. (34)

2.2.4.2.4 Características de la Periodontitis

- a. Profundización del Surco Gingivodentario: el surco es el espacio que hay entre el diente y la encía, parecido a lo que sucede con la piel y la uña. Cuando una persona presenta una encía sana, éste mide entre uno y dos milímetros de profundidad. Para saber esto, el paciente debe ir al dentista y someterse a un examen, en el que se le introduce una sonda periodontal en dicha cavidad. Si ésta mide más de tres milímetros, hay una profundización patológica, que casi siempre corresponde a un Saco Periodontal.
- b. El saco periodontal es una señal típica de la Periodontitis. Este síntoma es muy difícil de advertir. Sólo un odontólogo puede determinar si está presente. Por ello, se recomienda que el paciente le solicite a su dentista un sondaje periodontal.
- c. Enrojecimiento: producto de la inflamación.

- d. Aumento de volumen: causado por un edema, también consecutivo a la inflamación, producida por una infección.
- e. Pérdida del punteado superficial de la encía. La apariencia de la mucosa ya no posee esa especie de piel de naranja que caracterizaba su buena salud.
- f. Sangramiento o supuración. Aunque, normalmente, los chilenos no asocian el sangramiento de sus encías a una enfermedad, éste es uno de los principales síntomas para reconocer una. En ocasiones, la encía puede supurar, o sea, a expulsar la materia infecciosa que contiene.
- g. Dolor: es poco frecuente.
- h. Recesión de la encía: el tejido se recoge y va abandonando su función de cubrir la raíz del diente y, por ende, lo desprotege, no lo sostiene ni lo alimenta como es necesario, provocando sensibilidad dentinaria (dolor frente al frío y al calor). (35)

2.2.5 Factores de riesgo que afectan la prevalencia y severidad de gingivitis y periodontitis:

Edad: la prevalencia y severidad de la periodontitis de progreso lento aumenta con la edad; no debido a la edad de por sí, sino por el efecto acumulado de la destrucción periodontal.

Sexo: en los hombres la prevalencia es mayor que en las mujeres, aunque en estudios recientes la diferencia tiende a disminuir.

Raza: las personas de raza negra presentan mayor prevalencia de periodontitis que las de raza blanca, aunque las diferencias desaparecen en individuos con el mismo nivel socioeconómico y educacional.

Nivel educacional y socioeconómico: las personas con mayor nivel educacional y socioeconómico presentan menor prevalencia y severidad de enfermedad periodontal. Esto se debe a que, por sus mejores condiciones de vida, tienen mayor acceso al tratamiento odontológico y a planes preventivos de salud, además de llevar a cabo una mejor higiene bucal.

2.2.5.1 Factores de riesgo etiológico: son aquellos que aumentan la incidencia de la enfermedad.

Higiene bucal: ya los primeros estudios epidemiológicos, llevados a cabo hace más de cuatro décadas, mostraron que la mayor prevalencia y severidad de la gingivitis y periodontitis estaban estrechamente asociadas con la mala higiene bucal de las poblaciones estudiadas, y todos los estudios posteriores lo siguieron confirmando.

Tabaco: hay una mayor destrucción periodontal en pacientes fumadores que en no fumadores. Además, el consumo del tabaco retarda la cicatrización postratamiento periodontal.

Nutrición: la nutrición no es un factor determinante en la iniciación o evolución de la periodontitis .no se ha encontrado correlación entre la prevalencia y severidad de las enfermedades gingivales y periodontales y las deficiencias en vitaminas, A, C, D, componentes del complejo B, proteínas totales en suero, calcio, fosforo y otros componentes nutricionales.

(36)

“La mal nutrición, que se traduce en una reducción en las reservas nutricionales de los tejidos, puede provocar alteración progresiva de la mucosa u mengua en la regulación de varios parámetros del sistema de defensa, lo cual es causa de una

vulnerabilidad incrementada de los tejidos periodontales al estímulo inflamatorio producido por la colonización e invasión bacterianas.” (37)

2.2.5.2 Factores sistémicos:

Se denominan factores sistémicos a aquellas condiciones que afectan la salud general de las personas .se han considerado los factores sistémicos como predisponentes de enfermedad oral, pero en muchos casos esta no es una relación de una sola vía pues la enfermedad oral también puede constituir un factor de riesgo de enfermedades generales.

Algunas de esas condiciones sistémicas que se suelen asociar con la enfermedad periodontal incluyen diabetes mellitus, osteoporosis, osteopenia, enfermedades cardiovasculares, artritis, VIH, desordenes hematológicos, cambios hormonales e ingesta de medicamentos. (37)

2.2.6 Bacterias Asociadas a las Enfermedades Periodontales.

Por métodos de biología molecular se han identificado de 800-1000 especies de bacterias aisladas en la cavidad oral; sin embargo, muchas no han podido ser cultivadas. Alrededor de 50 especies son agentes etiológicos de la enfermedad periodontal, dichos microorganismos han sido descritos en todo el mundo.

En la periodontitis se consideran las más pató-genas: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (formalmente *Actinobacillus actinomycetemcomitans*), *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia* y *Treponema denticola*. Existen otras bacterias que favorecen la destrucción de los tejidos periodontales como *Prevotella intermedia* y *Fusobacterium nucleatum*, también son considerados como los principales agentes infecciosos.

Algunas especies anaerobias facultativas de la familia Enterobacteriáceas se han aislado de bolsas periodontales. Aun cuando la prevalencia y especies varían a nivel mundial, algunas especies de esta familia se les relaciona con la falta de mejoría en pacientes con terapia mecánica tradicional o bien la reincidencia del padecimiento. se ha propuesto que la presencia de bacilos entéricos Gram negativos es considerada como un factor de riesgo para complicaciones sistémicas. (38)

2.2.7 La Adicción a las drogas

La adicción se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas. (39)

2.2.8 La Drogadicción

La drogadicción, es el consumo constante de drogas prohibidas e ilegales que son altamente nocivas para la salud física como mental, produciendo daños de tipo irreversible, es decir, daños permanentes que afectan a la salud en general, sistema nervioso, sangre, huesos, pulmones, cavidad bucal, entre otros. (40)

2.2.9 La Droga

Se define como toda sustancia que manifiesta la particularidad de crear dependencia y de modificar funciones del organismo del individuo que las consume. Sin lugar a dudas, el tabaco y el alcohol que son sustancias de consumo legal,

satisfacen estas dos características, por lo que hemos de considerar como drogas. (40)

2.2.9.1 Drogas Legales

2.2.9.1.1 Alcohol

El alcohol es una de las drogas legales más extendidas en los seres humanos, es un depresivo del sistema nervioso central y actúa directamente sobre el cerebro, lo que hace que se pierda el autocontrol. (40)

El alcoholismo y drogadicción constituye una enfermedad problemática en la salud pública. Los riesgos y daños asociados varían con el grado de intensidad de la adicción. Además, es necesario tener en cuenta las variables personales como el grado de su motivación, conocimiento o experiencia en el consumo de alcoholismo y drogadicción, así como la influencia de los elementos adulterantes. (41)

Según Herrán Oscar F Y col., en adictos al alcohol se observan caries, enfermedad periodontal, abscesos pulpares, GUNA, desgate incisal y oclusal debido al bruxismo, el alcohol produce este tipo de patologías por el elevado consumo de carbohidratos y la actitud negligente antes las prioridades de pre-higiene oral. (40)

En un estudio realizado en 34 pacientes que estaban en tratamiento de deshabitación de su alcoholismo, se observó una pérdida media de piezas dentales del 15,1% de las piezas examinadas restantes, el 13,5% presentaban caries. También se vio que un 35,3% presentaban anomalías de los tejidos blandos de la boca, un 47,1% erosiones en los dientes y que un 82,3% presentaban inflamación gingival de moderada a grave. (42)

2.2.9.1.2 Tabaquismo

Se denomina tabaquismo al consumo habitual de hojas de Nicotina tabacum. Se considera este una toxicomanía que crea hábito y síntoma de abstinencia. A diferencia de otras drogadicciones, las consecuencias no solo afectan al fumador sino también a sus familiares, amigos y compañeros de trabajo, que se convierten en fumadores pasivos.

Recientes investigaciones han determinado una serie de características del fumador que lo catalogan como una persona que tiene una adicción a una sustancia, la nicotina, y al consumo de un producto, el cigarrillo. Es decir, el tabaquismo no solo constituye un factor de riesgo para otras enfermedades, sino que es una enfermedad en sí misma.

La enfermedad periodontal asociada con el tabaco se puede definir como una categoría de enfermedad periodontal diferente y que incluye características propias. Varias investigaciones han relacionado el hábito de fumar con una mayor probabilidad de desarrollar periodontitis, así como menor respuesta terapéutica a las intervenciones empleadas en su tratamiento. Además, el cigarrillo parece aumentar la pérdida de fijación de los dientes y promueve la osteoporosis del hueso alveolar que soporta la raíz dental. (43)

Enfermedad periodontal en fumadores:

El tabaquismo es el factor de riesgo modificable más significativo. Afecta la prevalencia y progresión de las periodontitis cuya severidad depende de la dosis. Además, interfiere con la cicatrización de los tejidos. Puede ser un factor etiológico directo en la transición de una lesión estable de gingivitis a una lesión destructiva.

Todas las formas de tabaquismo (fumar cigarrillo, fumar pipa, masticar tabaco) pueden estar asociadas con las EP.

La explicación biológica de la asociación entre el tabaquismo y las periodontitis se ha basado en los efectos potenciales de las sustancias contenidas en el tabaco (o cigarrillo) como la nicotina, cianuro de hidrógeno y el monóxido de carbono. (44)

El tabaco incrementa la gravedad de esta patología fenómeno que se hace clínicamente evidente a partir del consumo de 10 cigarrillos diarios. Cada cigarrillo de más por día aumenta la recesión gingival, la profundidad de la bolsa, los niveles de inserción y la movilidad. entre la intensidad de la entidad y la cantidad de cigarrillos fumados por día existe una relación de dosis y efecto.

Los individuos que consumen más de 10 cigarrillos por día tienen de 5 a 7 veces más probabilidades de sufrir periodontitis grave en comparación con los no fumadores. (45)

Pindborg (1947), uno de los primeros investigadores que estudiaron la relación entre el tabaquismo y la enfermedad periodontal, descubrió una prevalencia más alta de gingivitis ulcerosa necrosante aguda en los fumadores, observación confirmada en muchos estudios ulteriores de esta afección. (46)

Estudios realizados en 1994 plantean q el tabaco puede alterar el equilibrio microbiológico bucal ,pues se incrementa el número de bacterias anaerobias ,además por una serie de mecanismos irritativos (rose),térmicos,(calor)y químicos(,liberación de hidrocarburos),el tabaco lesiona las células de la mucosa bucal y ocasiona diferentes alteraciones ,también se expone que los pacientes

fumadores presentan mayores índices de placa y calculo ,así como gingivitis periodontitis y alteraciones en la cicatrización. (47)

Efectos del tabaquismo en el ámbito celular:

Investigaciones de Wong y Martins indican que la nicotina disminuye la migración celular de fibroblastos gingivales humanos en un 50 % en condiciones libres de suero. También se han propuesto modelos de estudios invitro de administración de humo de cigarrillo en una herida periodontal, en ausencia de placa bacteriana y se ha concluido que el humo por si solo retarda el proceso de cicatrización y lo merma en calidad en términos de relleno óseo, densidad ósea y nuevo hueso formado.

Efecto sobre los tejidos periodontales:

Una de las primeras alteraciones periodontales es la recesión gingival y la hiperplasia epitelial. Entre el 25-30% de los fumadores presenta recesión gingival. Por otro lado, en fumadores se han detectado niveles altos de mediadores inflamatorios como interleucina-1 y prostaglandina E2 que pueden inducir leucoplasias, llamada hiperplasia gingival. (48)

2.2.9.2 Drogas Ilegales

2.2.9.2.1 Marihuana

La marihuana es una mezcla gris verdosa de hojas, tallos, semillas , flores secas y picadas de la planta de cáñamo, Cannabis sativa. A menudo se le conoce como “hierba”, “yerba”, “mota”, “mafú”, “pasto”, “maría”, “monte”, “moy” y “café” en español o “pot”, “grass”, “reefer”, “weed”, “herb”, “Mary Jane” o “MJ” en inglés.

La mayoría de los usuarios fuman marihuana en cigarrillos hechos a mano llamados “porros” o “canutos” (que se conocen en inglés como “joints”, entre

otros nombres). Algunos usuarios usan pipas o pipas de agua llamadas “bongs”. Los cigarros o puros de marihuana o “blunts” también son populares. Para hacer los “blunts”, los usuarios cortan los cigarros, sacan parte del tabaco y mezclan el resto con la marihuana. (49)

En adictos a marihuana se observan en cavidad bucal con frecuencia caries a nivel cervical de los dientes por cepillado compulsivo, en tejidos periodontales se pueden presentar gingivitis, queilitis y candidiasis, producto de la desnutrición permanente que usualmente provocan las adicciones por presencia de desórdenes alimentarios como la anorexia. (40)

Marihuana o cannabis: diversos estudios recientes han revelado que la principal consecuencia a medio-largo plazo (unos 20 años) del consumo de cannabis es la enfermedad periodontal, más conocida como piorrea o periodontitis. Esta patología afecta a los tejidos de soporte del diente, es decir, a las encías, al ligamento periodontal y al hueso alveolar, los destruye paulatinamente hasta que en los casos extremos en los que no se trata adecuadamente la enfermedad se pierde el diente. (50)

2.2.9.2.2 Cocaína

La cocaína es un alcaloide ampliamente utilizado como droga, extraído de las hojas de la planta de coca, que tiene propiedades psicoactivas. El clorhidrato de cocaína por vía nasal e intravenosa, y la cocaína base, conocida popularmente como crack, fumada en pipa, son las vías preferidas por los usuarios.

Es también común la aplicación oral de la cocaína, directamente sobre la mucosa, para comprobar la calidad y pureza de la droga pues produce un mayor grado de anestesia cuando ésta no está alterada. La aplicación oral

de cocaína sobre la mucosa puede causar, aparte de dolor agudo, inflamación gingival grave, ulceración de la mucosa e importante retracción gingival.

El uso oral puede provocar erosión dental y el abuso de cocaína puede dar como resultado abrasión cervical y laceración gingival debido a un cepillado dentario excesivamente vigoroso durante los picos de acción de la droga que surgen como consecuencia de la aplicación tópica de cocaína sobre la mucosa alveolar y nasal con la finalidad de aliviar el dolor producido por algias faciales, tipo cefaleas en racimos. (51)

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y secundaria

3.1.1 Hipótesis Principal

- a. La Prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, supera el 60%.

3.1.2 Hipótesis Secundarias

- a. La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el grado de la enfermedad periodontal mediante el índice de Ramfjord es: Mayor prevalencia se valoró con grado 1 es decir: (Gingivitis leve).
- b. La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según la edad del interno es de: 36-46 años.
- c. La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el Tiempo de adicción es de: 13-18 años.

3.2 Variables, definición conceptual y operacional

3.2.1 Variable independiente

_Adicción a drogas legales e ilegales

3.2.2 Variable dependiente

_ La enfermedad periodontal

-Definición Conceptual

La enfermedad periodontal o comúnmente conocida como piorrea, es una infección de las encías y los huesos que rodean y sostienen a los dientes. En su primera etapa, llamada gingivitis, las encías pueden estar infladas y rojas y pueden sangrar. Si no se trata, la gingivitis progresa a periodontitis, etapa en la que se empieza a perder hueso y los dientes se empiezan a mover por esta pérdida de soporte óseo. Es muy importante que la enfermedad periodontal se detecte en sus etapas iniciales para poder tratarla antes de que empiecen a caerse los dientes.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

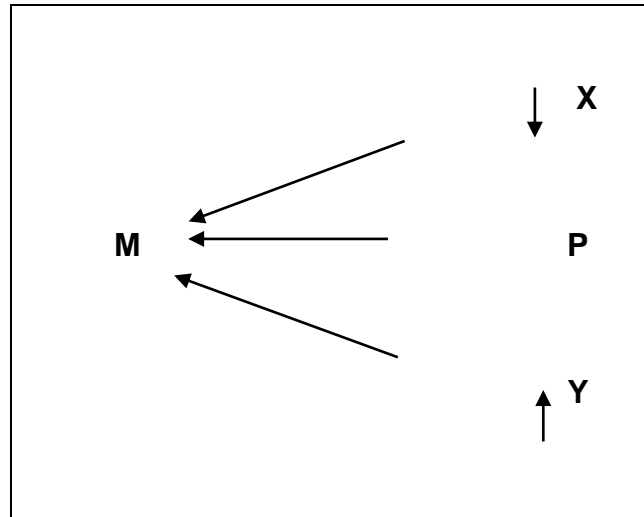
Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valores
Enfermedad periodontal	Alteraciones inflamatorias que afectan a la encía, tejido conectivo, de soporte y hueso alveolar	-Gingivitis. -Periodontitis	-Índice de enfermedad periodontal de Ramfjord	0=sin alteraciones en la encía 1=Gingivitis, inflamación leve que no rodea al diente 2=Gingivitis, inflamación moderada alrededor del diente 3=Gingivitis grave 4=Pérdida de inserción de 3mm desde la línea amelo cementaria. 5= Pérdida de inserción de 3-6mm. 6= Pérdida de inserción superior a 6mm.

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Valores
Adicción a drogas	consumo constante		Según la	16-25 años de edad.
	que son altamente	Edad	respuesta	26-35 años de edad.
	nocivas para la		del interno	36-46 años de edad.
	salud física como			1- 6 años de adicción.
	mental,	Tiempo de	Según la	7-12 años de adicción.
	produciendo daños, que afectan a la salud en general.	Adicción.	respuesta del interno.	13-18 años de adicción.

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño Metodológico

A) Método de investigación: prospectivo



El siguiente esquema queda descrito de la siguiente manera.

M= Muestra Del Estudio.

X = Adicción a drogas (legales e ilegales)

R= Prevalencia.

Y = Enfermedad periodontal

B) Diseño de la investigación: No experimental ya que solo se observaron situaciones ya existentes.

-Tipo de investigación

Es una investigación del tipo observacional, descriptiva de corte transversal.

Observacional: se determinó la existencia de enfermedad periodontal en internos con adicciones por medio de un examen clínico.

Descriptiva: una vez llevado a cabo la observación y exploración de la cavidad bucal, se describió la presencia de enfermedad periodontal.

Transversal: por ser un estudio donde los datos se tomaron en un solo momento, en la misma población, con el mismo instrumento.

Método: El método de investigación que utilizamos en el presente trabajo es de tipo cuantitativo.

4.2 Diseño Muestral, matriz de consistencia

4.2.1 POBLACION:

Está constituida por 40 internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO Pimentel-Chiclayo 2018.

Cuyas características:

- ✓ Población género masculino
- ✓ Personas con problemas de adicción a drogas (legales e ilegales)
- ✓ Asisten al centro de rehabilitación CETDRO
- ✓ Proviene de familias de clase media

4.2.2 Muestra: se trabajó con todos los internos con problemas de adicción a drogas, pertenecientes al centro de rehabilitación CETDRO Pimentel-Chiclayo. que cumplan con criterios de inclusión

Tipo de muestra: probabilística, ya que analizamos con pruebas estadísticas para el análisis de datos.

4.3 Técnicas de Recolección de Datos

Se utilizo los criterios de inclusión y exclusión

-Criterios de inclusión

- ✓ Internos que pertenecen al centro de rehabilitación.
- ✓ Internos con problemas de adicción a drogas.
- ✓ Internos que firmen la hoja de consentimiento informado.

-Criterios de exclusión

- ✓ Internos que no firmen la hoja de consentimiento informado.
- ✓ Internos que no tengan ni un órgano dentario

Cuadro N° 2

CUADRO DE MUESTRA DE INTERNOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A DROGAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETDRO DEL DISTRITO PIMENTEL – CHICLAYO AÑO 2018.

Grupo de estudio	Genero	N° de internos
Adicción a drogas Legales e ilegales	Masculino	40
	Total	40

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología	Población
<p>¿Cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018?</p> <p>Específicos</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el grado de la enfermedad periodontal mediante el Índice de Ramfjord?</p>	<p>Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018.</p> <p>Específicos</p> <p>Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018. Según el grado de la enfermedad periodontal mediante el índice de Ramfjord.</p>	<p>La Prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, supera el 60 %.</p> <p>Específicos</p> <p>La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el grado de la enfermedad periodontal mediante el índice de Ramfjord es: Mayor prevalencia se valoró con grado 1 es decir: (gingivitis leve.)</p>	<p>-Enfermedad periodontal</p> <p>-Adicción a drogas</p>	<p>-Cuantitativo</p> <p>-No experimental</p> <p>-Observacional</p> <p>-Descriptiva transversal.</p>	<p>Está constituida por 40 internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO Pimentel-Chiclayo 2018.</p> <p>CARACTERISTICAS</p> <p>-Población genero masculino</p> <p>-Personas con problemas de adicción a drogas legales e ilegales</p> <p>-Pertenece al centro de rehabilitación CETDRO</p> <p>-Proviene de familias de clase media</p>
<p>¿Cuál es la prevalencia de Enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según la edad del interno?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de Enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el tiempo de adicción del interno?</p>	<p>Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018 según la edad del interno.</p> <p>Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018 según el tiempo de adicción del interno.</p>	<p>La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según la edad del interno es de: 36-46 años</p> <p>La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el tiempo de adicción es de: 13-18 años.</p>			

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Entrevista estructurada

Es una técnica que, entre muchas otras, viene a satisfacer los requerimientos de interacción con los internos, con preguntas preestablecidas como su tiempo de adicción a drogas y su edad.

Validación de contenido o instrumento

La ficha periodontal de Ramfjord para determinar el grado de la enfermedad fue presentado a 3 jueces expertos: Cirujanos dentistas quienes contaban con una pauta para evaluar las dimensiones y sus ítems. (Ver anexo N°3)

PERIODONTOGRAMA: Es una ficha en donde registramos los datos que observamos al realizar una exploración detallada de los tejidos periodontales y periimplantarios. Para ello utilizamos una sonda periodontal que se ingresa en el espacio entre diente y encía midiendo los milímetros de profundidad que hay hasta la zona(bolsa periodontal) ,se registran todos los puntos donde la encía sangra o supura ,la movilidad de cada diente ,si la encía esta retraída y cuantos milímetros ,la presencia o no de placa bacteriana y si hay o no presencia de furcas(perdida de hueso alveolar).en condiciones de salud ,el aspecto de la encía debe ser de color sonrosado y la textura de piel naranja ,la bolsa periodontal no debe ser mayor a 3mm,ni supurar y tampoco sangrar.

INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DE RAMFJORD

Índice de Ramfjord se utiliza para medir el grado de enfermedad periodontal, fue desarrollado por Ramfjord en 1959, y también se conoce como PDI (Periodontal Disease Index), siendo la combinación de un puntaje para la Gingivitis, basado en el color, la forma, densidad y tendencia a la hemorragia de los tejidos gingivales con la

medición de la profundidad de la bolsa en relación con el límite amelo-cementario (LAC).es decir consta de dos componentes :uno para la gingivitis y otro para la periodontitis.

Los dientes que se examinan para la obtención del IEP son:

- 16: Primer Molar Superior Derecho
- 21: Incisivo Central Superior Izquierdo
- 24: Primer Premolar Superior Izquierdo
- 36: Primer Molar Inferior izquierdo
- 41: Incisivo Central Inferior Derecho
- 44: Primer Premolar Inferior Derecho

VALORES SEGÚN EL CRITERIO DE RAMFJORD:

- 0= sin alteraciones en la encía
- 1= Gingivitis, inflamación leve que no rodea al diente
- 2= Gingivitis, inflamación moderada alrededor del diente
- 3= Gingivitis grave
- 4= Pérdida de inserción de 3mm desde la línea amelo-cementaria
- 5= Pérdida de inserción de 3-6mm.
- 6= Pérdida de inserción superior a 6mm.

La suma de los puntajes correspondientes a cada diente se divide entre el número de dientes examinados.

4.5 Técnicas del procesamiento de la información

Para el presente trabajo de investigación, fue utilizado el documento de consentimiento informado llenado por el mismo interno el cual se registra la edad y el tiempo de adicción. (Ver anexo N°4)

Para la determinación de cuantos presentan enfermedad periodontal se utilizó la ficha periodontal (Periodontograma) en el cual se anotó la pérdida de inserción, sangrado y presencia de movilidad dental, para luego ser registradas a la ficha de índice de enfermedad periodontal de Ramfjord mediante el cual se determinó el grado de la enfermedad.

Se informó en primer lugar a las autoridades del centro de rehabilitación CETDRO, del trabajo de investigación a realizarse, se solicitó el permiso de ingreso del centro de rehabilitación CETDRO al director Jorge Luis Ríofrío Niño para realización de la investigación, aceptando la participación de los internos.

Para la determinación de la prevalencia de enfermedad periodontal en drogadictos.

1-Como primer paso se realizó el llenado del documento de consentimiento informado para:

- Las firmas de aceptación de cada interno de realizarse la inspección, evaluación bucal y las tomas fotográficas
- Obtener datos del interno como edad y tiempo de adicción.

2-Se procedió al llenado de la ficha periodontal (Periodontograma) para:

- Obtener el resultado de pérdida de inserción, sangrado, movilidad dental.

3- Por último, se procedió al llenado de ficha de índice de enfermedad periodontal de Ramfjord en el cual se registró el grado de enfermedad periodontal.

-Para corroborar cuantos internos de nuestra muestra presentan signos de enfermedad periodontal. (Ver anexo N° 8)

-La realización de trabajo de investigación se realizó en horas 2:00 pm- 4:00 pm, con ayuda de las autoridades del centro de rehabilitación CETDRO.

4.6 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

4.6.1 Procedimientos de la recolección de datos

Seguiremos el siguiente protocolo:

Instrumento de trabajo:

- Documento de consentimiento informado
- Ficha de Periodontograma.
- Ficha Índice de enfermedad periodontal de Ramfjord.

Se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Frecuencias y Porcentajes.
- Pruebas T Student
- Prueba chi cuadrado
- Tablas de distribución de frecuencias y gráficos

- coeficiente de correlación de Pearson

4.7 ASPECTOS ÉTICOS CONTEMPLADOS

Contamos con la autorización para el permiso del ingreso al centro de rehabilitación fue aceptada por parte del director, aprobándolo para realizar el trabajo de investigación.

Todos los internos fueron informados del trabajo de investigación, para que puedan ser evaluados de manera confiada.

El documento de consentimiento informado fue corroborado con las firmas correspondientes y documento de identificación de los internos.

4.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

Meses Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
	1. Elaboración del proyecto	X				
2. Presentación de proyecto		X				
3. Revisión bibliográfica		X				
4. Elaboración de instrumentos			X			
5. Aplicación de instrumentos				X		
6. Tabulación de datos					X	
7. Elaboración de informe					X	
8. Presentación del informe					X	
9. Sustentación						X

4.9 PRESUPUESTO

RECURSOS NO HUMANOS DE CAMPO		Unidad	Costo unitario	Total
Espejos bucales		10 unidades	S/. 5.00	S/. 50.00
Campos desechables		6 paquetes	S./ 3.00	S./ 18.00
Guantes desechables		1 cajas	S/. 17.00	S/. 17.00
Baja lenguas		2 paquetes	S/. 4.00	S/. 8.00
Mascarillas desechables		1 cajas	S/. 15.00	S/. 15.00
RECURSOS NO HUMANOS DE GABINETE				
Folder		3 unidades	S/. 3.00	S/. 9.00
Bolígrafo azul y rojos, negro		3 unidades	S/. 1.00	S/. 3.00
SERVICIOS	Impresiones	3 unidades	S/. 0.50	S/. 1.50
	Fotocopias	120 unidades	S/. 0.10	S/. 12.00
	Internet	3 meses	S/. 20.00	S/. 60.00
	Pasajes	8 días	S/. 10.00	S/. 67.20
TOTAL				S/.260.70

CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSION

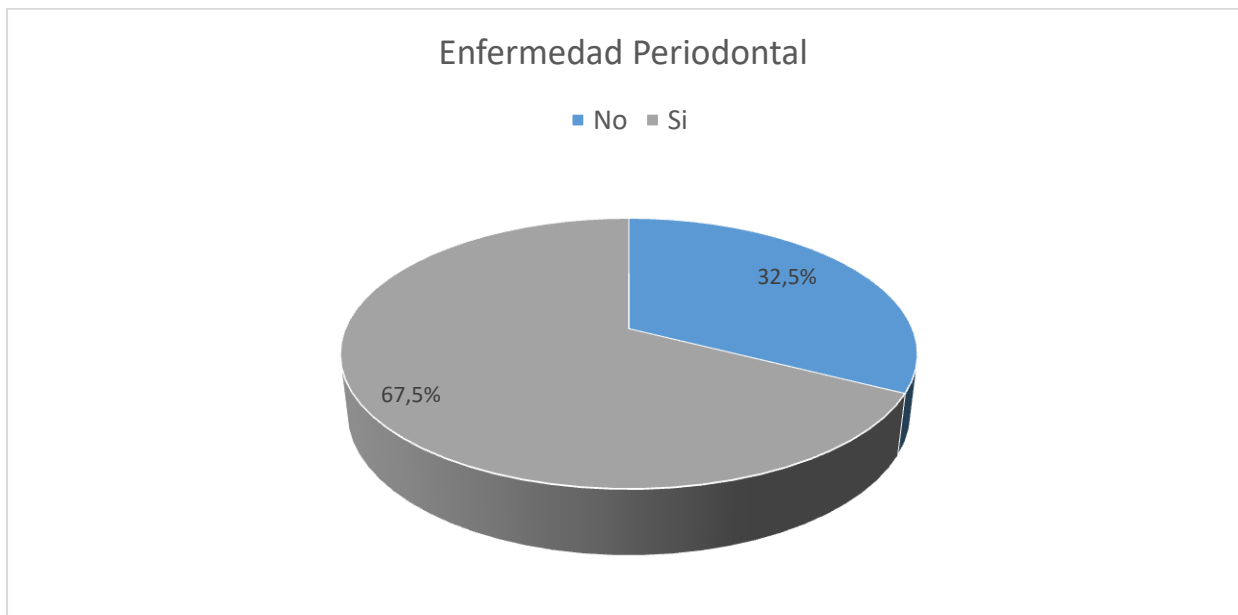
Tabla 1: Prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas.

Enfermedad Periodontal	Fa	Fr
No	13	32,5%
Si	27	67,5%
Total	40	100,0%

Fuente: Centro de Rehabilitación "Cetro"

Elaborado por: Claudia Vásquez Burga

Gráfico 1: Prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas.



Como observamos de los 40 internos, la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas es del 67.50%.

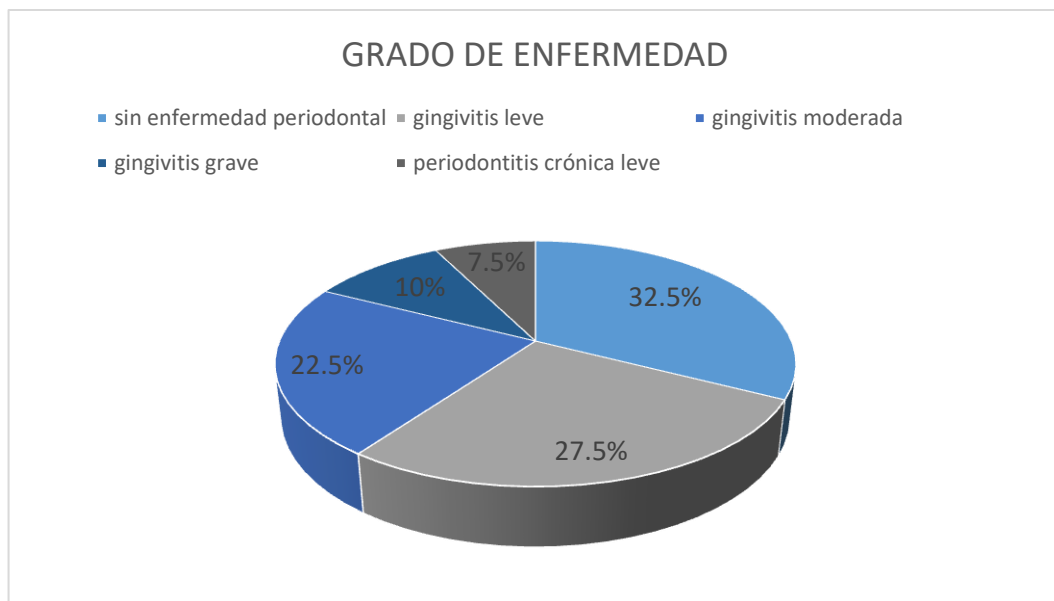
Tabla 2: Prevalencia de enfermedad periodontal según el grado de la enfermedad

GRADO DE ENFERMEDA	Fa	Fr
sin enfermedad periodontal	13	32.5%
gingivitis leve	11	27.5%
gingivitis moderada	9	22.5%
gingivitis grave	4	10.0%
periodontitis crónica leve	3	7.5%
Total	40	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación “Cetro”

Elaborado por: Claudia Vásquez Burga

Gráfico 2: Prevalencia de enfermedad periodontal según el grado de la enfermedad



Como observamos en la tabla, la Prevalencia de enfermedad periodontal según el grado de la enfermedad es del 27.5% en la gingivitis leve, seguido del 22.5% en gingivitis moderada, el 10% en gingivitis grave y el 7.5% en periodontitis crónica leve.

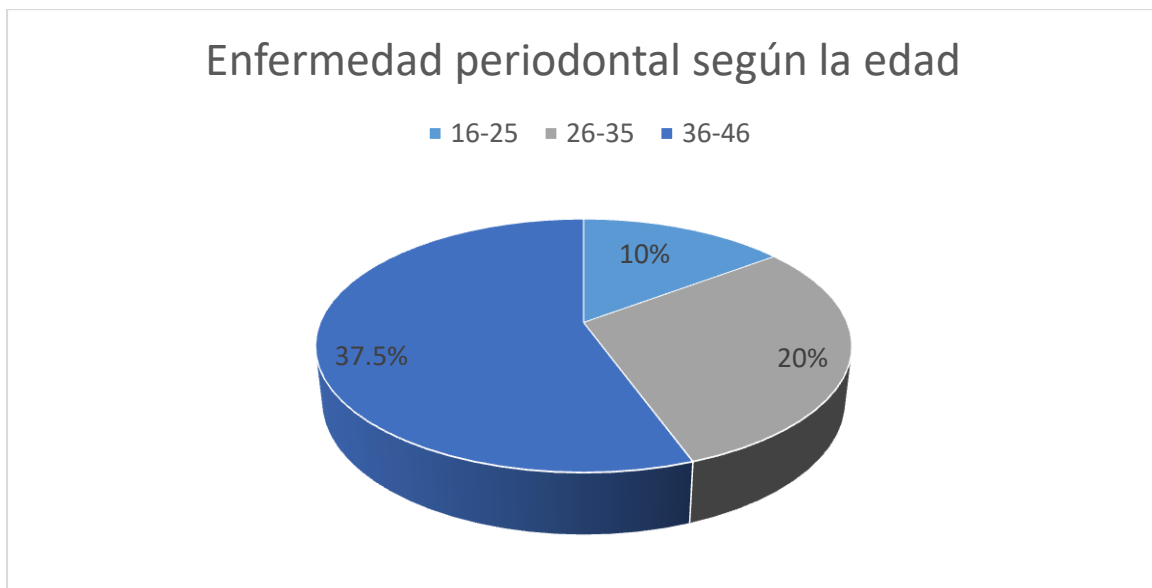
Tabla 3: Prevalencia de enfermedad periodontal según la edad del interno.

		EDAD DEL INTERNO			
ENFERMEDAD PERIODONTAL		16-25	26-35	36-46	Total
No	Fa	13	0	0	13
	Fr	32.5%	0.0%	0.0%	32.5%
	Fa	4	8	15	27
Si	Fr	10.0%	20.0%	37.5%	67.5%
Total	Fa	17	8	15	40
	Fr	42.5%	20.0%	37.5%	100.0%

Fuente: Centro de Rehabilitación "Cetro"

Elaborado por: Claudia Vásquez Burga

Gráfico 3: Prevalencia de enfermedad periodontal según la edad del interno.



Como observamos en la tabla, la Prevalencia de enfermedad periodontal según la edad del interno es del 37.5% que se da dentro de los 36 a 46 años, seguido del 20.0% que se da dentro los 26 a 35 años de edad. La prevalencia del 10% se da en la edad de 16 a 25 años.

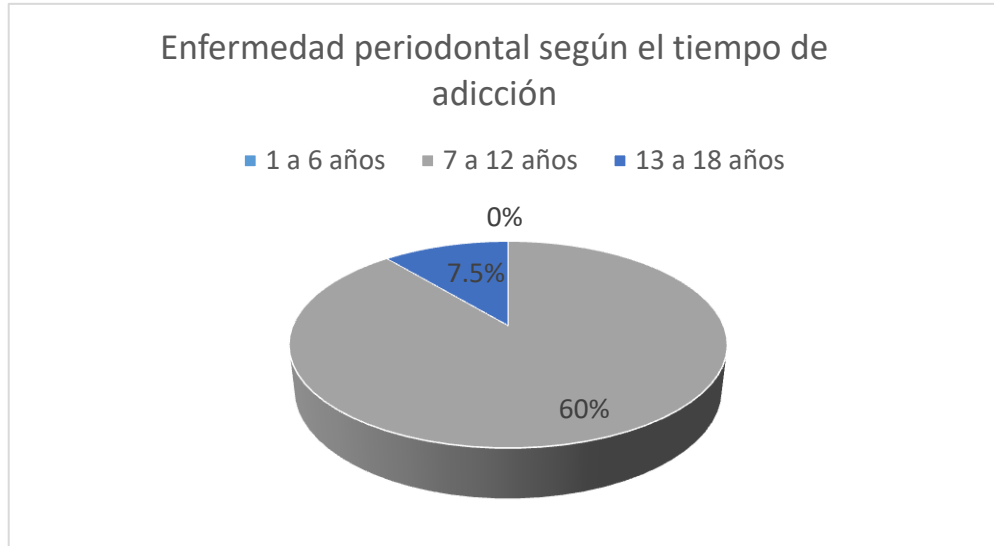
Tabla 4: Prevalencia de enfermedad periodontal según el tiempo de adicción del interno.

ENFERMEDAD PERIODONTAL		TIEMPO DE ADICCIÓN DE CADA INTERNO			Total
		1 a 6 años	7 a 12 años	13 a 18 años	
No	Fa	13	0	0	13
	Fr	32.5%	0.0%	0.0%	32.5%
Si	Fa	0	24	3	27
	Fr	0.0%	60.0%	7.5%	67.5%
Total	Fa	13	24	3	40
	Fr	32.5%	60.0%	7.5%	100.0%

Fuente: Centro de Rehabilitación "Cetro"

Elaborado por: Claudia Vásquez Burga

Gráfico 4: Prevalencia de enfermedad periodontal según el tiempo de adicción del interno.



Como observamos en la tabla, la Prevalencia de enfermedad periodontal según el tiempo de adicción del interno es del 60% que se da de 7 a 12 años, seguido del 7.5% que se da de 13 a 18 años en tiempo de adicción.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Al tener una variable cuantitativa-categorica y verificar el supuesto de normalidad, usaremos la prueba t-student para una muestra, esta prueba se utilizará para obtener el valor de la media de las dimensiones. Los datos analizados nos indican que la prueba es paramétrica, además usaremos para la significancia estadística ($p < 0.05$)

Hipótesis General:

H1: La Prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, Supera el 60 %.

H0: La Prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, No supera el 60 %.

Prueba de muestra única

	Valor de prueba = 1					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
ENFERMEDAD PERIODONTAL	- 4,333	39	,0001	-,325	-,48	-,17

Como observamos en la tabla según la prueba T aplicada apreciamos que el p-valor es de 0.0001 para La Prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, supera el 60 %, concluimos que Si se halla relación significativa entre las variables mencionadas ($p < 0.05$).

Hipótesis Específicas:

H1: La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el grado de la enfermedad periodontal mediante el índice de Ramfjord es: La Mayor prevalencia se valoró con grado 1 es decir: (gingivitis leve.)

H0: La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el grado de la enfermedad periodontal mediante el índice de Ramfjord, No es la de Mayor prevalencia en grado 1 es decir: (gingivitis leve.)

		GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL MEDIANTE EL INDICE DE RAMFJORD					Total
		sin enfermedad periodontal	gingivitis leve	gingivitis moderada	gingivitis grave	periodontitis crónica leve	
ENFERMEDAD PERIODONTAL	No	13	0	0	0	0	13
	Recuento % del total	32,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	32,5%
	Si	0	11	9	4	3	27
	Recuento % del total	0,0%	27,5%	22,5%	10,0%	7,5%	67,5%
Total	Recuento % del total	13 32,5%	11 27,5%	9 22,5%	4 10,0%	3 7,5%	40 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,000 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	50,446	4	,000
Asociación lineal por lineal	21,698	1	,000
N de casos válidos	40		

Como observamos en la tabla según la prueba Chi cuadrado aplicada apreciamos que el p-valor es de 0.000 para La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el grado de la enfermedad periodontal mediante el índice de Ramfjord es :La Mayor prevalencia se valoró con grado 1 es decir : (gingivitis leve), concluimos que Si se halla relación significativa entre las variable mencionadas ($p < 0.05$).

H1: La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según la edad del interno es de: 36-46 años

H0: La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según la edad del interno No es de: 36-46 años.

			EDAD DEL INTERNO (agrupado)			Total
			16-25	26-35	36-46	
ENFERMEDAD PERIODONTAL	No	Recuento	13	0	0	13
		% del total	32,5%	0,0%	0,0%	32,5%
	Si	Recuento	4	8	15	27
		% del total	10,0%	20,0%	37,5%	67,5%
Total		Recuento	17	8	15	40
		% del total	42,5%	20,0%	37,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,057 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	31,896	2	,000
Asociación lineal por lineal	21,250	1	,000
N de casos válidos	40		

Como observamos en la tabla según la prueba Chi cuadrado aplicada apreciamos que el p-valor es de 0.000 para La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según la edad del interno es de: 36-46 años, concluimos que Si se halla relación significativa entre las variables mencionadas ($p < 0.05$).

H1 La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el Tiempo de adicción es de: 13-18 años.

H0: La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el Tiempo de adicción No es de: 13-18 años.

Tabla cruzada

		TIEMPO DE ADICCIÓN DE CADA INTERNO			Total	
		1 a 6 años	7 a 12 años	13 a 18 años		
ENFERMEDAD PERIODONTAL	No	Recuento	13	0	0	13
		% del total	32,5%	0,0%	0,0%	32,5%
	Si	Recuento	0	24	3	27
		% del total	0,0%	60,0%	7,5%	67,5%
Total		Recuento	13	24	3	40
		% del total	32,5%	60,0%	7,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,000 ^a	2	,071
Razón de verosimilitud	50,446	2	,000
Asociación lineal por lineal	31,296	1	,000
N de casos válidos	40		

Como observamos en la tabla según la prueba Chi cuadrado aplicada apreciamos que el p-valor es de 0.071 para La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas del centro de rehabilitación “CETDRO” del distrito Pimentel – Chiclayo año 2018, según el Tiempo de adicción es de: 13-18 años, concluimos que No se halla relación significativa entre las variables mencionadas ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

La finalidad de esta investigación fue identificar la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas. Es un tipo de estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el centro de rehabilitación CETDRO, con una muestra de 40 internos, se determinó que la prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas es del 67.50% si la presento, mientras que el 32.5% no la presento. Respecto a la edad de los internos se distribuyeron en tres grupos donde se determinó que la mayor prevalencia de enfermedad periodontal es de un 37.5% que se da dentro de los 36 a 46 años, seguido del 20.0% que se da dentro los 26 a 35 años de edad. Y el grupo más sano se encontraba entre las edades de 16 a 25 años con un 10%. En lo referente al grado de enfermedad periodontal se pudo observar que, del total de internos examinados clínicamente, se diagnosticó 27.5% con gingivitis leve, seguido del 22.5% con gingivitis moderada, el 10% con gingivitis grave y el 7.5% con periodontitis crónica leve. Con respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal según el tiempo de adicción se determinó que el 60% que se da de 7 a 12 años, seguido del 7.5% que se da de 13 a 18 años en tiempo de adicción

Por lo contrario, Muela Jácome Daniela Alexandra (2016) realizó un estudio en Quito, con el propósito de conocer si existe enfermedad periodontal en paciente drogadictos registrados en el centro de reposo San Juan de Dios. El estudio se llevó a cabo en un grupo de 70 drogadictos que comprendían entre los 18 y 40 años de edad. En el cual se diagnosticó 44.3% con algún tipo de enfermedad periodontal, y el 55.7% pacientes sanos. Al examen bucodental se diagnosticó zonas con gingivitis leve 14.3%, gingivitis moderada 4.3%, gingivitis grave 12.9%, periodontitis crónica leve 5.7%, periodontitis crónica moderada 7.1%.

Mientras que Iván Gutiérrez Baquedano (2013) realizó un estudio en Nicaragua, su objetivo fue determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal crónica en pacientes fumadores y consumidores de bebidas alcohólicas y determinar la prevalencia según la edad del paciente. En el cual se examinó 280 pacientes entre las edades de 20 a 50 años. Determinó una alta prevalencia de enfermedad periodontal crónica, con un 95%, y un aumento de la prevalencia y de la gravedad mientras aumentaban los años de consumo de cigarro y de alcohol, mientras aumenta la edad del paciente; resultó el grupo etario de los 40- 50 años mayormente afectados.

Por último, Jessica Santana Morejón (2015) realizó un estudio en Ecuador, con una población de 20 pacientes en recuperación por dependencia de alcohol. El objetivo del presente trabajo fue determinar el tipo de enfermedad periodontal que predomina en los pacientes alcohólicos del centro de rehabilitación Oasis, llegando a las conclusiones: Los pacientes alcohólicos presentaron en mayor número periodontitis leve, y que el alcohol puede ser un factor predisponente para poseerla.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de enfermedad periodontal en internos con problemas de adicción a drogas, se determinó que el 67.5 % de los internos presentaban enfermedad periodontal.
2. Con respecto a la prevalencia de enfermedad periodontal según el grado de la enfermedad, se determinó que hubo mayor prevalencia de grado 1, es decir gingivitis leve con un 27.5%.
3. Se observa que la mayor prevalencia de enfermedad periodontal según la edad del interno es del 37.5% que se da dentro de los 36 a 46 años de edad.
4. La Prevalencia de enfermedad periodontal según el tiempo de adicción del interno es del 60% que se da de 7 a 12 años de tiempo de adicción.

RECOMENDACIONES

1. Orientar a las personas con adicciones sobre lo importante que es mantener una correcta higiene bucal y las consecuencias que conllevan la falta de esta.
2. Que los centros de rehabilitación implementen en su plan de trabajo, la realización de campañas y charlas educativas encaminadas a la prevención de enfermedades bucales, la implementación de programas de educación sobre la salud bucal.
3. Que se les brinde información acerca de los daños perjudiciales que causan el consumo excesivo de drogas, ya que la mayoría de personas con adicciones, no tienen el conocimiento adecuado para saber que son más propensos a padecer patologías periodontales.
4. A los centros de rehabilitación que cuenten con atención odontológica ya que en los internos se suelen presentar mayor prevalencia de enfermedades periodontales debido a las adicciones de drogas.

REFERENCIAS

1. Eley BM, Soory M, Manson JD. PERIODONCIA. 6th ed. Elsevier , editor. España; 2011.
2. Duque A, Macrini M, Raigoza JF, Álvarez LG. Prevalencia de perdida de insercion periodontal en una muestra de adolescentes de 15-19 años en Medellin,Colombia. CES odontologia. 2015 Noviembre; 28(2).
3. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud publica:el desafio del nivel primario de atención en salud. Revista Clinica de Periodoncia,Implantología y Rehabilitación Oral. 2016 Agosto; 9(2).
4. OMS Cdp. [Nota informativa].; 2012 [cited 2018 Marzo viernes. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/.
5. Ocampo García G, Barrón Garcés I, Barrera Franco JL. Prevalencia de una enfermedad periodontal en pacientes con cáncer de mama del Centro Oncológico del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Revista Mexicana de Periodontología. 2014 Junio; V(1).
6. Ruiz Candina H, Herrera Batista A, Martínez Betancourt A. Periodontopatías en jóvenes y adolescentes adictos a drogas psicoactivas ,atendidos en el centro de deshabitacion de adolescentes,del municipio Playa. Universidad de ciencias Médicas de la Habana. 2013 enero; 32(2).
7. Gutierrez Baquedano IN. "Prevalencia de enfermedad periodontal cronica en pacientes fumadores y consumidores de bebidas alcoholicas,entre las edades de 20-50 años,en el municipio de San Jose de Achuapa,en los meses de junio-

- agosto del año 2013". [tesis de Bachiller]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Leon; 2013.
8. Cadena García K, Ochoa Mejía SP. "Alcoholismo y su relación con la enfermedad periodontal". [tesis de Bachiller]. Ecuador: Universidad San Gregorio de portoviejo, Portoviejo; 2013.
 9. Fuentes Fuentes FE. "Prevalencia de gingivitis y determinación de necesidad de tratamiento periodontal en individuos adultos de la comuna de Santiago, Chile". [tesis de Bachiller]. Chile: Universidad de Chile, Santiago; 2015.
 10. Santana Morejón JE. "Utilización de la clorhexidina al 0.2% asociado a vitamina C para el tratamiento de la enfermedad periodontal en pacientes alcohólicos del centro de rehabilitación Oasis de la parroquia Izamba". [tesis de Bachiller]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes "UNIANDES", Ambato; 2015.
 11. Salazar Lazo MB. "Prevalencia de la enfermedad periodontal de acuerdo a la extensión y severidad en pacientes adultos de la clínica UCSG". [tesis de bachiller]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil; 2016.
 12. Muela Jácome DA. "Enfermedad periodontal en paciente drogadictos de 18-40 años por consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de odontología del centro de reposo San Juan de Dios en el periodo octubre-febrero 2015-2016". [tesis de Bachiller]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador, Quito; 2016.

13. Espada Pinto E. "El consumo de marihuana y características clínicas en el tejido periodontal en internos del centro de rehabilitación rompiendo cadenas año 2014". [Tesis de Bachiller]. Perú: Universidad Alas Peruanas, Huacho; 2014.
14. Gestal Otero J. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. In Publishing T, editor. Higiene Dental Personal Diaria. Canadá; 2008. p. 59-66.
15. Balch A. RECETAS NUTRITIVAS QUE CURAN. Segunda ed. Penguin , editor. New York; 2000.
16. Ortega Anta RM, Requejo Marcos AM. NUTRIGUÍA: manual de nutrición clínica en atención primaria. primera ed. Saavedra Vallejo P, Arrieta Blanco FJ, editors. Madrid: Complutense; 2006.
17. Echevarría García JJ. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. In Publishing T, editor. Higiene Dental Personal Diaria. Canadá; 2008. p. 59-66.
18. Gestal Otero JJ. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. In Publishing T, editor. Higiene Dental Personal Diaria. Canadá; 2008. p. 61.
19. Torres Nonajulca C. SITUACION DE LA SALUD BUCAL EN EL PAIS. documento. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2016.
20. Gutierrez Baquedano N. "Prevalencia de enfermedad periodontal crónica en pacientes fumadores y consumidores de bebidas alcohólicas, entre las edades de 20-50 años, en el municipio de San José de Achuapa, en los meses de junio-agosto del año 2013." [tesis de Bachiller]. NICARAGUA: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, LEON; 2013.

21. Carranza FA, Sznajder NG. Clasificación de las enfermedades periodontales. In Carranza FA, Sznajder NG. Compendio de periodoncia. quinta ed. Buenos Aires: MEDICA PANAMERICANA S.A; 1996. p. 15-19.
22. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez Gonzáles A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN. 2008 Noviembre; 13(4).
23. Carranza A, Sznajder G. Epidemiología. In Compendio de periodoncia. Buenos Aires: MEDICA PANAMERICANA S.A.; 1996. p. 29.
24. Zerón A. Nueva clasificación de enfermedades periodontales. ADM. 2001 Enero-Febrero; LVIII(1).
25. Tur Feijón M. Gingivitis. Características y prevención. FORMACIÓN dermatológica. 2011 Enero-Abril;(12).
26. García C, Regalado J. SlideShare. [Online].; 2010 [cited 2018 Abril miércoles. Available from: <https://es.slideshare.net/mdaly21/caracteristicas-clinicas-de-la-gingivitis>.
27. Abello Moreno R, Gamboa Martínez LF, Herazo Acuña B. Epidemiología de la enfermedad periodontal. In Javeriana PU, editor. Fundamentos de la Odontología: Periodoncia. Bogotá; 2007. p. 101-103.
28. Fuenmayor Fernández V, Fábregues Llambías S. Periodontitis. Formas clínicas. Enfoque preventivo y terapéutico. In Panamericana EM, editor. Manual de Higiene Bucal. Madrid; 2014. p. 18-32.

29. Zerón A. Nueva clasificación de las enfermedades periodontales. ADM. 2001 Enero-Febrero; LVIII(1).
30. Fuenmayor Fernández V, Fábregues Llambías S. Periodontitis. Formas clínicas. Enfoque preventivo y terapéutico. In osteointegración SEDpy. Manual de Higiene Bucal. Madrid: MÉDICA PANAMERICANA.S.A.; 2014. p. 24.
31. Propdental C. Clasificación de la periodontitis. [Online].; 2018 [cited 2018 mayo viernes]. Available from: <https://www.propdental.es/periodontitis/clasificacion-de-la-periodontitis/>.
32. Escudero Castaño N, Perea García MA, Bascones Martínez A. Avances en periodoncia e implantología oral. SCIELO. 2008 Abril; 20(1).
33. Abello Moreno R, Gamboa Martínez LF, Herazo Acuña B. Epidemiología de la enfermedad periodontal. In Javeriana PU, editor. Fundamentos de la odontología: periodoncia. Bogotá; 2007. p. 105-106.
34. Herrera Ureña JI, Legido Arce B, Balda García I. Cirujía periodontal. In Navarro Vila C, editor. Cirujía Oral. España; 2008. p. 65-88.
35. Periodontitis. [Online]. [cited 2018 mayo sabado]. Available from: <http://www.enciasana.cl/Periodontitis.htm>.
36. Carranza FA, Sznajder NG. Epidemiología. In Compendio de Periodoncia. Buenos aires : MÉDICA PANAMERICANA S.A.; 1996. p. 28-29.
37. Bermúdez de Caicedo MC, Delgado Troncoso JE, Moncaleano de Vargas ML. Conceptos de prevención y control de factores de riesgo en la enfermedad

- periodontal. In Javeriana PU, editor. Fundamentos de la odontología. Bogotá; 2007. p. 128.
38. Hurtado Camarena A, Bojórquez Anaya Y, Montaña Pérez MdL, Lopez Mendoza JA. Bacterias asociadas a enfermedades periodontales. Oral. 2016 Marzo; 15(54).
39. National Institute on Drug Abuse. [Online]. [cited 2018 mayo 2. Available from: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>.
40. Elizabet Barrios C, Vila V. Manifestaciones Bucales en Adolescentes asociadas al consumo de tabaco, alcohol y drogas. Revista de la facultad de Odontología. 2008 Marzo; 1(4).
41. Andenes Cdt. Andenes.org. [Online].; 2017 [cited 2018 mayo 2. Available from: <http://www.andenes.org/alcoholismo-drogadiccion.htm>.
42. Higienistasvitis. [Online]. [cited 2018 mayo 3. Available from: <https://www.higienistasvitis.com/tabaco-alcohol-enfermedad-periodontal/>.
43. Traviesas Herrera M, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Revista Cubana de estomatología. 2011 Julio-Septiembre; 48(3).
44. Stella Alvear F, Vélez EM, Botero L. FACTORES DE RIESGO PARA LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES. Facultad de Odontología Universidad de

- Antioquía. 2010 Marzo; 22(1).
45. Lugones Botell M. Consecuencias del Tabaquismo. Sistema de informacion Cientifica. 2006 Febrero; 44(3).
46. Palmer R, Soory M. Factores Modificadores. In Lindhe J, Thorkild K, P. LN. Periodontología clínica e implantología Odontológica. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. p. 317.
47. Toledo Pimental B, Gonzáles Días E, Alfonso Tarraú MS, Pérez Carrillo A, Rodriguez Linares ML. Tabaquismo y enfermedad periodontal. Revista Cubana de Medicina Militar. 2002 Abril-Junio; 31(2).
48. Rojas JP, Rojas LA, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. Revista Clínica de periodoncia ,implantología y rehabilitación Oral. 2014 Agosto; 7(2).
49. Abuse NloD. Serie de Reportes e Investigación. [Online].; 2013 [cited 2018 mayo miercoles. Available from: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/02/Serie-Reportes-Investigacion-Abuso-de-la-marihuana-NIDA.pdf>.
50. Malagón I. [Noticia]. [cited 2018 mayo jueves. Available from: <https://www.ivanmalagonclinic.com/noticias/como-afecta-el-consumo-de-drogas-a-los-dientes/>.
51. Gándara Rey JM, Freitas MD, Gándara Vila P, Blanco Carrión A, García García A. Lesiones Inducidas por cocaína. Medicina Oral. 2002 Marzo-Abril; 7(2).

52. Fuentes Fuentes fE. "Prevalencia de gingivitis y determinación de necesidad de tratamiento periodontal en individuos adultos de la comuna de Santiago ,Chile". [tesis de Bachiller]. Chile: Universidad de Chile, Santiago ; 2015.



SOLICITO PERMISO PARA EJECUTAR INVESTIGACIÓN
EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETDRO.

Sr. Jorge Luis rio frio niño
Director del centro de rehabilitación CETDRO.

Tenemos el agrado de dirigirme a su honorable despacho para expresarle mi cordial saludo y a la vez manifestarle lo siguiente.

Yo, Vásquez Burga Ana Claudia , identificada con DNI N° 48618971 , egresada de la escuela profesional de estomatología de la universidad alas peruanas- filial Chiclayo ,realizare el trabajo de investigación titulado : PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN INTERNOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A DROGAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETDRO DEL DISTRITO PIMENTEL - CHICLAYO AÑO 2018,solicito ante usted permiso para desarrollar el presente trabajo de investigación durante el mes de septiembre en el centro de rehabilitación CETDRO, Debido a lo expuesto le pido considerar su aprobación oportuna.

Es propia la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima personal.

Chiclayo 03 de septiembre 2018

Atentamente:


VASQUEZ BURGA ANA CLAUDIA


ANTONIO DURAN PICHO
COORDINADOR DE ESCUELA PROFESIONAL
ESTOMATOLOGIA

ANEXO 2: Constancia de Culminación de la investigación



CENTRO DE REHABILITACION CETDRO

Dirección: Pasaje Pedro Ruiz, 118
Correo: cetdroaprenderavivir@hotmail.es

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

CONSTANCIA

El que suscribe, director del centro de rehabilitación CETDRO del distrito Pimentel, Sr. **Jorge Luis Riofrio Niño**.


HACE CONSTAR:

Que la **BACH. ANA CLAUDIA VASQUEZ BURGA** identificada con el DNI N° 48618971; egresada de la escuela profesional de ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS –filial Chiclayo, realizó el trabajo de investigación titulado: “PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN INTERNOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A DROGAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETDRO DEL DISTRITO PIMENTEL CHICLAYO 2018.” ,Realizado en el centro de rehabilitación CETDRO durante la fecha 04 de septiembre al 26 de septiembre del 2018.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, para los fines que estime conveniente.

Centro CETDRO, 28 de septiembre del 2018




CENTRO DE TRATAMIENTO PARA ANCIOS
Jorge Luis Riofrio Niño
DIRECTOR

Contactos: teléfono: (074) 45-2001 - Celular: 978-175229

ANEXO 3: Firmas de la Validación de instrumento.

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

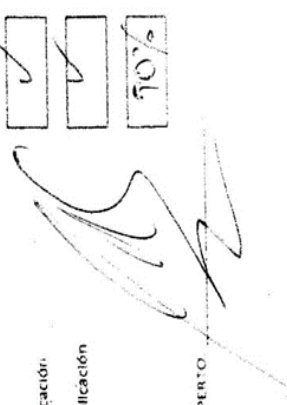
INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:
 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: Antonio Drenid Vespe
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: ANEXO 3: Firmas de la Validación de Instrumento
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN: ANEXO 3: Firmas de la Validación de Instrumento
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: ANEXO 3: Firmas de la Validación de Instrumento

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE								
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100						
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																			
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos Esta adecuados los objetivos y las necesidades reales de la investigación.																			
3. ACTUALIZACIÓN	Existe una organización lógica.																			
4. ORGANIZACIÓN	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																			
5. SUFICIENCIA	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.																			
6. INTENCIONALIDAD	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.																			
7. CONSISTENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.																			
8. COHERENCIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.																			
9. METODOLOGÍA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación																			
10. PERTINENCIA																				

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
 a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación:
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación:

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:
 FECHA: 18/01/18 PROMEDIO: 70%
 FIRMA DEL EXPERTO: 

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:
 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

Alfonso Víctor Zúñiga López
 Fecha: *19. Julio 2018*
 Este informe es propiedad de *Alfonso Víctor Zúñiga López*

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE				ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado													
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos Esta adecuado los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													
3. ACTUALIZACION	Existe una organización logica													
4. ORGANIZACIÓN	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos													
5. SUFICIENCIA	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													
6. INTENCIONALIDAD	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													
7. CONSISTENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los sistemas.													
8. COHERENCIA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													
9. METODOLOGIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación													
10. PERTINENCIA														

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación:
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación:

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

85%

FECHA: *19. Julio 2018* N°: *20435261* FIRMA DEL EXPERTO: *Alfonso Víctor Zúñiga López*

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 FACULTAD PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

- I. DATOS GENERALES
 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO: ALVARO ALBERTO SANCHEZ
 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA: UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION: INSTRUMENTO DE VALORACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION ODONTOLÓGICA
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO: DR. ALVARO ALBERTO SANCHEZ

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.															
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos															
3. ACTUALIZACION	Esta adecuados los objetivos y las necesidades reales de la investigacion.															
4. ORGANIZACION	Existe una organizacion logica. Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.															
5. SUFICIENCIA	Esta adecuado para valorar las variables de las hipotesis.															
6. INTENCIONALIDAD	Se respalda en fundamentos tecnicos y/o cientificos.															
7. CONSISTENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos hipotesis, variables, dimensiones. Indicadores con los sistemas.															
8. COHERENCIA	La estrategia responde a una metodologia y disenno aplicados para lograr las hipotesis.															
9. METODOLOGIA	El Instrumento muestra la relacion entre los componentes de la investigacion y su adecuacion.															
10. PERTINENCIA																

III. OPINION DE APLICABILIDAD:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicacion:
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicacion:

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

FECHA: 19/07/18

FIRMA DEL EXPERTO

ALVARO ALBERTO SANCHEZ

55.2

ANEXO 4: Documento de consentimiento informado:

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA DE ESTOMATOLOGÍA

UNIDAD DE TITULACIÓN

Tema: "PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN INTERNOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A DROGAS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN CETDRO DEL DISTRITO PIMENTEL – CHICLAYO AÑO 2018"

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ con cedula de identidad N° _____, edad ____ y tiempo de adicción _____, Después de haber sido informado correctamente y luego de no tener ninguna duda ni pregunta autorizo que se realice un examen bucal, y de ser necesaria la realización de fotografías con fines odontológicos, pudiendo ser las mismas utilizadas en el proyecto de investigación.

FIRMA

ANEXO 5: Ficha de periodoncia (Periodontograma)

Nº de Historia:

TRATANTE:

NOMBRE PACIENTE:

DIRECCIÓN:

Fecha de Examen:

EDAD: SEXO:

ESTADO DE TERAPIA	Pre-Tratamiento	Re-Evaluación	Post-Tratamiento
CAL & BOP PD & PI CEJ - GM			
ESCALA DE MOVILIDAD USADA _____			
CEJ - GM PD & PI CAL & BOP			
DERECHA	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3	4 5 6 7 8	IZQUIERDA
CAL & BOP PD & PI CEJ - GM			
GRADO DE FURCACIÓN SISTEMA USADO 			
CEJ - GM PD & PI CAL & BOP			

ANEXO 6: Ficha índice de Ramfjord

**FICHA PARA LA DETERMINACION DEL GRADO DE LA ENFERMEDAD
PERIODONTAL**

Examen clínico: (índice de enfermedad periodontal de Ramfjord)

VALORES	CRITERIO PARA EL ESTUDIO DE CAMPO
0	Sin alteraciones en la encía
1	Gingivitis, inflamación leve que no rodea al diente
2	Gingivitis, inflamación moderada alrededor del diente
3	Gingivitis grave
4	Perdida de inserción de 3 mm desde la línea amelocementaria.
5	Perdida de inserción de 3-6mm
6	Perdida de inserción superior a 6 mm

Dientes examinados	Puntaje
Pieza 16	
Pieza 21	
Pieza 24	
Pieza 36	
Pieza 41	
Pieza 44	

- Grado de enfermedad periodontal = suma de puntajes / dientes examinados

= _____

ANEXO 7: materiales que se utilizaron para realizar la investigación



Instrumental utilizado para el examen oral



Sonda periodontal

ANEXO 8: fotografía de drogadictos con enfermedad periodontal



Cavidad oral de interno de 25 años de edad, con tiempo de adicción de 7 años, presenta gingivitis leve



Cavidad oral de interno de 30 años de edad, con tiempo de adicción de 9 años presenta gingivitis moderada



Cavidad oral de interno de 32 años de edad, con tiempo de adicción de 9 años presenta gingivitis grave



Cavidad oral de interno de 42 años de edad, con tiempo de adicción de 13 años presenta periodontitis leve



Cavidad oral de interno de 46 años de edad, con tiempo de adicción de 18 años presenta periodontitis leve.

ANEXO 9: fotografías de la evaluación de nivel de inserción



Evaluación de Profundidad de sondaje de interno con gingivitis grave



Evaluación de Profundidad de sondaje de interno con periodontitis leve



Internos con problemas de adicción a drogas