

**RETRACCION GINGIVAL EN LA POBLACION RURAL DEL ORIENTE
ANTIOQUEÑO (PUERTO VENUS, SAN FRANCISCO, COCORNA).**

AUTORES

LINA MARCELA ALVAREZ SANCHEZ

GERALDIN BALLESTA SALADEN

PAULA ANDREA ZULETA SOLIS

MILEIDY GIRALDO LOAIZA

LUZ BIANEY ARRIETA ARANGO

ASESOR(A)

LINA MARIA ALZATE MESA

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS SECCIONAL BELLO (ANT.)

POLITECNICO INTERNACIONAL

FACULTAD DE CINCIAS HUMANAS Y SOCIALES

TECNICO PROFESIONAL EN SALUD ORAL

BELLO (ANT).

2014

Retracción Gingival En La Población Rural Del Oriente Antioqueño (Puerto Venus, San Francisco, Cocorna).

Autores

Lina Marcela Álvarez Sánchez

Geraldin Ballesta Saladen

Paula Andrea Zuleta Solís

Mileidy Giraldo Loaiza

Luz Bianey Arrieta Arango

Asesor(a)

Lina María Álzate Mesa

Trabajo De Grado Para Optar Al Título De Técnico Profesional En Salud Oral

Corporación Universitaria Minuto De Dios Seccional Bello (Ant.)

Politécnico Internacional

Facultad De Ciencias Humanas y Sociales

Técnico Profesional En Salud Oral

Bello (Ant)

2014

Nota de aceptación

Presidente de jurado

Jurado1

Jurado2

Jurado 3

Bello, Antioquia agosto 22 de 2014

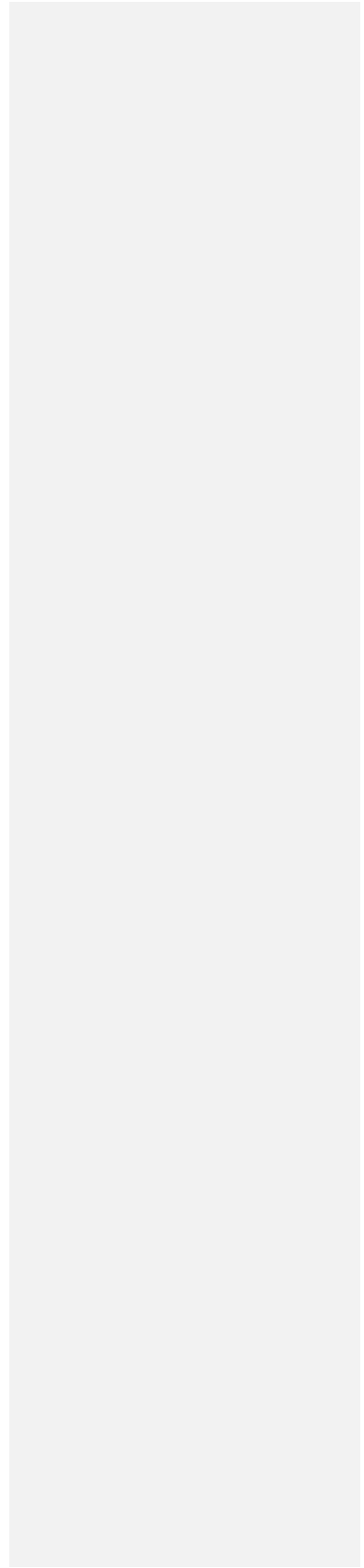


TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	pág. 5
Planteamiento del problema.....	pág. 6
Objetivos.....	pág. 9
Justificación.....	pág. 10
Marco Teórico.....	pág. 12
Resultados.....	pág. 29
Análisis.....	pág. 33
Conclusiones.....	pág. 36
Recomendaciones.....	pág. 37
Bibliografía.....	pág. 38
Anexos.....	pág. 39

INTRODUCCIÓN

Comentario [umd1]: CON ESTO SE FINALIZA EL PROYECTO

Esta investigación trata sobre la retracción gingival en la población rural del oriente antioqueño, específicamente en los pueblos de san francisco, puerto venus y cocorná, en este se muestran las principales causas de esta patología, posibles formas de prevenirla y sensibilización de la población con el fin de frenar el desarrollo de esta y los consiguientes problemas que trae a los habitantes.

Durante el proceso de investigación se desarrollaron brigadas de salud oral, las cuales estuvieron asistidas por campesinos, en su mayoría pertenecientes a la tercera edad, a través de las brigadas se realizaron charlas, consultas y asesorías enfocadas a la salud oral y la retracción gingival debido a que se determinó que esta enfermedad es la que más afecta a los habitantes de esta población.

Se concluye que los principales factores que ocasionan esta enfermedad se relacionan principalmente con el entorno sociocultural en el que estas personas viven tales como la escasez de recursos y a la manera empírica con la que deben desarrollar habilidades en las comunidades para tratar sus problemas de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La **retracción gingival** es una patología bucal que se manifiesta por un desprendimiento de las encías dejando expuesta la raíz del diente y provocando molestias.

Aunque la *retracción gingival* suele aparecer a una edad elevada, cada vez más personas jóvenes se ven afectadas por esta enfermedad.

Para que se presente la enfermedad periodontal debe existir ciertas condiciones que fortalezcan su aparición: como biopelícula dentobacteriana (tradicionalmente llamada placa bacteriana), condiciones sistémicas con formación histológica-anatómica oral, conductas en la salud y condiciones de vida. De acuerdo con esto es natural pensar que los primeros pasos de la terapia relacionada con cada enfermedad deberían estar orientados hacia la detención y control de estos factores. Generalmente, el énfasis se ha dado hacia la eliminación y prevención de biopelículas, para ser considerada el principal factor periodontopatogénico. Entre los factores de riesgo se ha considerado los innatos como raza, el género y factores genéticos (la susceptibilidad individual a la enfermedad, síndromes relacionados con la enfermedad periodontal y formas familiares de periodontitis); los factores dentales, como las características anatómicas, la posición dental, la proximidad radicular, restauraciones dentales, el compromiso pulpar y fractura radiculares; y los adquiridos como la edad, el estado socioeconómico, hábitos (el tabaquismo y la higiene oral), tratamiento de ortodoncia y factores psicológicos. (Ferro, M. Gómez, M.2007, p.124).

POBLACION RURAL:

Puerto Venus

En el departamento de Antioquia encontramos, el municipio de Nariño donde se encuentra ubicado el corregimiento de Puerto Venus

Nariño es un municipio de Colombia, localizado en la subregión oriente del departamento de Antioquia. Limita por el norte con los municipios de Sonsón y Argelia, por el este y sur con el departamento de Caldas y por el oeste con el municipio de Sonson.

Población del corregimiento de puerto Venus: 2.578 personas.

San Francisco

Es un municipio de Colombia, localizado en la subregión Oriente del departamento de Antioquia. Limita por el norte con el municipio de San Luis, por el este y por el sur con el municipio de Sonsón y por el oeste con los municipios de Sonsón y Cocorná. Su cabecera dista 96 kilómetros de la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia. El municipio posee una extensión de 373 kilómetros cuadrados.

Población del municipio de San Francisco: 5.939 personas.

Cocorná

Es un municipio de Colombia, localizado en la subregión Oriente del departamento de Antioquia. Limita por el Norte con los municipios de El Santuario y Granada, por el este con los municipios de Granada, San Luis y San Francisco, por el sur con los municipios de Sonsón y El Carmen de Viboral y por el oeste con el municipio de El Carmen de Viboral. Su cabecera dista 80 kilómetros de la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia. El municipio posee una extensión de 211 kilómetros cuadrados.

Población del municipio de cocorna: 15.068 personas.

En estos lugares se encontró un déficit de salud y salud oral, por lo cual surge la necesidad de prestar un servicio social en lo correspondiente al campo odontológico, debido a que en estas poblaciones no cuentan con un servicio odontológico permanente y de calidad; ya que las personas que prestan el servicio solo asisten al lugar una vez al mes o en algunos casos solo atienden un día a la semana, lo cual es muy poco tiempo para atender a tantas personas, además de esto no cuentan con los materiales e instrumentos necesarios para realizar los procedimientos odontológicos básicos y aun sin mencionar que incumplen muchas veces las citas programadas.

Para resaltar, en el corregimiento de Puerto Venus Antioquia se pudo encontrar a una persona encargada de ejercer permanentemente las “funciones odontológicas” pero esta persona no cuenta con los estudios adecuados para ejercer dicha profesión ya que ella misma nos hizo saber que sus conocimientos fueron adquiridos de manera empírica.

FORMULACION:

¿Cuáles son los factores que inciden en la presencia de retracción gingival en los habitantes de Puerto Venus, San Francisco y Cocorna del departamento de Antioquia?

Objetivo General

Identificar los factores de riesgo que inciden en la presencia de la recesión gingival en las poblaciones rurales de Puerto Venus, San Francisco y Cocorna a partir del diagnóstico de la cavidad oral, con la finalidad de mejorar sus hábitos de higiene bucal.

Objetivos Específicos

- Observar la cavidad oral realizando un diagnóstico presuntivo.
- Analizar los factores de riesgo que inciden en la presencia de la retracción gingival

JUSTIFICACION

La retracción gingival se presenta con frecuencia en edades avanzadas pero también suele aparecer en edades tempranas por el descuido de sus padres o la persona responsable de los menores, mucho de estos niños les da esta enfermedad por mal cepillado o porque no se cepillan a menudo pierden sus dientes permanentes a causas de que dejan avanzar esta enfermedad.

La finalidad del proyecto es concientizar a la gente sobre la gravedad de la retracción gingival que esta enfermedad se da por efectos agresivos del cepillado y por la escasa e inadecuada higiene bucal lo que lleva la acumulación de placa y sarro en los dientes; otra causa de la retracción gingival puede ser también por la enfermedad periodontal. Se pretende hacer entender a la comunidad la gravedad de esta enfermedad mediante charlas sobre cómo pueden evitar este tipo de problemas que puede generar la pérdida de los dientes. Con este proyecto se beneficiara las personas de los pueblos y veredas ya que la mayoría de estas comunidades no presentan muchos recursos e incluso piensan que la higiene bucal no es tan importante porque no tienen conocimiento de este tipo de problema y a veces no les ponen cuidado incluso cuando pierden un diente o más piensan que se caen por los años.

Los beneficios que se obtendrán de este proyecto es que las personas tomen la higiene bucal como algo primordial para sus vidas porque les ayudara a sentirse mejor y verse mejor porque este tipo de problemas traen consecuencias como la exposición de las raíces de los dientes, sangrado cuando se cepillan los dientes, halitosis que es el mal aliento, movilidad dental e incluso la pérdida del diente, dolor dental, la sensibilidad al contacto con los instrumentos metálicos o durante la masticación, el contacto con los cubiertos, alimentos calientes o especialmente fríos, la respiración de aire frío, aumento del riesgo de caries en las zonas sensibles y la aparición de gingivitis, dando a conocer todas estas enfermedades que dan a causa de la retracción gingival por no cepillarse y también ayudarle a las personas que tienen ya retracción gingival con la enseñanza de un tratamiento para que la enfermedad no conlleve a más enfermedades o incluso a la pérdida de total de la dentadura. El tratamiento indicado seria la realización de profilaxis cada 6 meses y aplicación de flúor, así evitando que la retracción

gingival aumente y minimizando que la encía se pueda retraer aun más y que de esta manera el diente quede más expuesto hasta llegar a su pérdida inminente.

Después de haber visitado las veredas. Se ha encontrado una problemática mucho más grave ya que son personas de escasos recursos, donde para ellos hay cosas más importantes que una buena higiene oral.

Se pudieron conocer casos en que las personas ya de edad van a revisión cuando el diente ya está prácticamente perdido o incluso necesita ser extraído de inmediato.

En las brigadas realizadas se pudo conocer que estas personas no conocen de la seda dental y desconocen su importante uso, e incluso un cepillo dental lo utilizan muchas personas de la misma familia; la crema dental no es habitual en estas poblaciones, por lo general usan para cepillarse jabón rey.

En esta zona rural es tan evidente esta situación que en el infinito ingenio de nuestros labradores los ha llevado a buscar propias respuestas la mayoría de veces equivocadas como apenas es obvio, a los problemas que lo asola. Por eso acuden a fabulas y mitos, charlatanes e invaucadores, cuando luego de caminar un largo recorrido para llegar al pueblo más cercano, la familia campesina logra que el empírico o tegua le saque la muela o alguno de sus miembros, solo esperan el retorno para que en caso de una hemorragia el compadre que sabe rezar este tipo de dificultades lo haga para que todo se arregle.

(Montes, V. 1994, p 199)

MARCO TEORICO

El desarrollo del tema propuesto en nuestro proyecto de grado fue basado en los estudios realizados por Fanny Stella Alvear; María Eugenia Vélez y Leticia Botero Odontólogas especialistas en Odontología Integral del Adulto. Profesoras titulares de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, todo esto a razón de que la información brindada en su libro (Factores de riesgo para las enfermedades periodontales) es muy útil para la realización del proyecto propio.

La Odontología, como disciplina de la salud, ha tenido una evolución histórica importante en las últimas décadas. Su práctica puede considerarse de carácter social y adquiere un compromiso ético con el bienestar de las personas. En primer lugar, porque reconoce la influencia de factores sociales, políticos y económicos en los ámbitos locales y nacionales como determinantes de la situación de salud y, por ende, de la salud bucal. De otra parte, ofrece enfoques y estrategias para los diferentes individuos y las comunidades, a través de programas de educación, estrategias de información y comunicación, y acciones de atención primaria en salud. Por ello, en algunos contextos se ha hablado de salud comunitaria, odontología comunitaria, odontología sanitaria y odontología social. No obstante, se reconocen otras formas de pensamiento, una de ellas es la salud bucal colectiva. (Suarez, A, Martínez, E.2009; p. 1)

Es muy importante considerar que el estado bucodental de las personas esta en gran parte asociado a su nivel socioeconómico y cultural. Mediante las visitas realizadas podemos dar a conocer las evidencias y justificar la relación existente entre ambos temas.

Las enfermedades periodontales (EP) se perpetúan hasta el presente como unas de las enfermedades que más comprometen la salud bucal de la población. El último Estudio Nacional de Salud Bucal en Colombia reportó que estas afectan alrededor del 50,2% de los individuos. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 1)

Al basarse en estudios realizados por el autor se puede confirmar que la enfermedad periodontal tiene un alto índice de afectación, y sus causas pueden variar dependiendo de la población

Las periodontitis pueden ser consideradas como un problema de salud pública porque además de afectar la salud bucal, en la última década se han sugerido como indicadores de riesgo que pueden influir en una variedad de enfermedades sistémicas como la diabetes Mellitus, la enfermedad cardiovascular, la neumonía, los resultados adversos del embarazo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la isquemia cerebro-vascular, entre otras. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 4)

Como antes se había escrito las causas de la enfermedad periodontal son muy variadas y están muy relacionadas con otras enfermedades sistémicas, lo que indica un problema mucho más grave ya que además de afectar la salud bucal puede interferir en el desarrollo de otros problemas de salud general. Es por esto que se debe prestar atención e intervenir en la prevención y el buen tratamiento, evitando así complicaciones mayores.

La etiología de las periodontitis es multifactorial. En ellas intervienen los microorganismos y un hospedero susceptible. Los microorganismos actúan como factores etiológicos esenciales e iniciadores del proceso infeccioso; ellos son los productores de los factores de virulencia que modulan la respuesta inmune; la susceptibilidad del huésped a las EP es afectada por los factores de riesgo de tipo ambiental, sistémico, genético, entre otros. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 6)

La enfermedad periodontal es producida por una gran cantidad de microorganismos y bacterias y puede ser más agresiva dependiendo de la persona que la posea, es decir, en una persona cuya salud sea generalmente buena la enfermedad periodontal puede ser menos agresiva, siendo más fácil su tratamiento sin presentar complicaciones de importancia; pero por el contrario si la enfermedad periodontal se da en una persona cuyo estado sistémico se encuentre comprometido, es un tanto más complicado. Vayamos a un caso puntual si hablamos de una persona diabética, debemos saber que por ende su sistema inmune se encuentra comprometido dando paso a un tratamiento más cuidadoso y por supuesto más complejo.

FACTORES DE COMPORTAMIENTO O ESTILO DE VIDA

El modelo de vida se compone de comportamientos y de hábitos que hacen referencia a las costumbres, a lo cotidiano y a las emociones. Algunos comportamientos pueden ser factores protectores o promotores de la salud, o actuar como variables de riesgo de mortalidad prematura, de morbilidad y de discapacidad funcional.

El estilo de vida puede convertirse en un factor de riesgo o en un factor protector para la salud. Como factor de riesgo se asocia a mayor presencia de enfermedad. Por ejemplo: el consumo de alimentos inadecuados, el tabaquismo, la falta de ejercicio, la adicción al alcohol y a otras sustancias.

El tabaquismo es el factor de riesgo modificable más significativo. Afecta la prevalencia y progresión de las periodontitis cuya severidad depende de la dosis. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 9).

La vulnerabilidad a la presencia de la enfermedad periodontal está altamente relacionado con el comportamiento o el estilo de vida de las personas, es decir, que influye mucho la cultura, la economía, las costumbres y el estilo de vida de las diferentes poblaciones.

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. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 14).

El tabaco afecta directamente la salud bucal de las personas que lo consumen, la gravedad de sus consecuencias depende de la frecuencia de su consumo. es muy evidente que la principal consecuencia o por lo menos la mas evidente con relacion a la salud bucal es el de las

pigmentaciones de color oscuro o amarillento que van adquiriendo los dientes, pero volviendo al tema no se puede dejar de lado que la enfermedad periodontal esta muy relacionada con el tabaquismo en cualquiera de sus formas ya sea fumado o masticado.

FACTORES SISTÉMICOS

Hoy por hoy existe suficiente investigación epidemiológica acerca de la conexión que existe entre la salud oral y la diabetes mellitus, y más concretamente se ha demostrado clara asociación entre esta y las periodontitis.

La diabetes mellitus se caracteriza por la presencia de inflamación sistémica, cuya manifestación en la cavidad oral se expresa algunas veces en los tejidos periodontales con cuadros típicos de periodontitis. Tanto las periodontitis como las candidiasis orales son manifestaciones de la diabetes mal controlada.

La evidencia científica ha demostrado que la diabetes mal controlada (tipo 1 y tipo 2) es el factor de riesgo que tiene más influencia en el desarrollo y progresión de las periodontitis, debido a que en la diabetes se promueve la alteración de la función de los neutrófilos y la deposición en los tejidos periodontales de los productos finales derivados de la glicación avanzada. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 28)

Una persona sistémicamente comprometida es más susceptible a desarrollar la enfermedad periodontal, en este caso específicamente hablando de una persona con diabetes mellitus, siendo un caso peor si no es controlada, ya que este es un riesgo inminente para el desarrollo y el progreso agresivo de la enfermedad periodontal.

Se debe tener en cuenta que una persona diabética de por sí presenta una inflamación permanente en las encías lo cual es un indicador inicial de alerta.

Las investigaciones en periodoncia relacionadas con la diabetes mellitus han girado alrededor de tres interrogantes: el primero plantea la interacción que existe entre la periodontitis, la diabetes mellitus y el mal control glucémico. El segundo cuestiona si el tratamiento periodontal puede tener efectos sistémicos en los pacientes diabéticos, y si los tiene cómo pueden ser medidos. El tercero pregunta si el resultado del examen periodontal es afectado por la diabetes y el mal control glucémico.

Referente al primer planteamiento, es decir, a la interacción que puede existir entre la periodontitis, la diabetes mellitus y el mal control glucémico: la interacción que se presenta entre ellas es bidireccional por las siguientes razones:

En la diabetes mellitus se genera un trastorno local en el periodonto, específicamente en el sistema de citoquinas en la interleukina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral-alfa. Estas citoquinas son muy importantes en la patogénesis de ambas enfermedades. Ellas, junto con otras citoquinas y adipoquinas pro inflamatorias, pueden proporcionar los mecanismos de asociación entre las dos enfermedades.

Adicionalmente, en la periodontitis se generan citoquinas inflamatorias que pueden contribuir a la inflamación sistémica y pueden empeorar la resistencia a la insulina y el control glucémico. Posiblemente, el mecanismo de acción que explique esta relación es el siguiente: los productos provenientes de la respuesta inflamatoria y de origen bacteriano, derivados del o de los sitio(s) periodontal(es) enfermos, entran al torrente sanguíneo y generan resistencia a la insulina, favoreciendo la circulación sanguínea de la glucosa, la cual reacciona con las proteínas y los lípidos circulantes. Si la glucosa se une a la hemoglobina se forma la hemoglobina glicosilada y propicia su glicación y oxidación dejando secuelas inevitables en los tejidos, porque favorece en ellos la ocurrencia de eventos destructivos de la inflamación local, propiciando la destrucción tisular y uno de los tejidos más comprometidos es el periodontal.

Estas dos razones explican el porqué la severidad de la diabetes es un factor determinante en la incidencia y severidad de la periodontitis, y el porqué la severidad de las EP puede afectar el control glucémico.

El segundo interrogante plantea si el tratamiento periodontal puede tener efectos sistémicos en los pacientes diabéticos, y si los tiene, cómo pueden ser medidos.

Es necesario hacer un estudio sistemático sobre este aspecto para establecer la influencia que pueda tener el tratamiento periodontal sobre el control glucémico.

No obstante, es de esperarse que este tratamiento sí tenga un efecto sistémico positivo en el paciente diabético porque reduce los microorganismos específicos y la inflamación periodontal. Sin embargo, no está totalmente comprobado porque en las investigaciones de terapia periodontal se ha incluido la tetraciclina, la cual además de ser antibacteriana es anticólagenasa, inhibiendo la destrucción tisular. Los efectos sistémicos pueden ser medidos por los niveles de hemoglobina glicosilada.

El tercer interrogante plantea si el resultado del tratamiento periodontal es afectado por la diabetes y el mal control glucémico. Generalmente los pacientes diabéticos controlados con y periodontitis responden a la terapia periodontal en forma similar a los no diabéticos con, EP, pero los diabéticos sin control glucémico pueden tener respuesta menos favorable. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 32).

Como lo proponen los autores, es muy necesario identificar la relación existente entre los factores expuestos (diabetes mellitus, enfermedad periodontal y un mal control), para obtener una respuesta acertada sobre la verdadera relación, sus causas y consecuencias.

FACTORES DE RIESGO MICROBIANO

En la última década surgieron algunas especies bacterianas específicas como factores de riesgo para las periodontitis; como de máxima significancia frente al concepto de la simple colonización.

La flora subgingival es muy compleja. Hasta el año 2007 se habían identificado más de 700 especies bacterianas como componentes de ella, y es muy posible que en el futuro se reporten muchas más. Los microorganismos de la flora subgingival se han agrupado en cinco complejos de bacterias relacionadas dentro de un ecosistema (Biofilm) que se encuentra en pacientes sanos y enfermos. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 39).

La cavidad oral es un habitat perfecto para el crecimiento y desarrollo de microorganismos, los responsables de las muchas enfermedades bucales que existen. entre ellas la enfermedad periodontal.

Como lo confirman los autores, se han identificado más de 700 bacterias existentes en boca tanto de pacientes sanos como de pacientes enfermos.

Los microorganismos más importantes en la patogénesis de las periodontitis son: Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia y Aggregatibacter actinomycetemcomitans. Ellos participan en el proceso destructivo de las enfermedades por cualquiera de los siguientes mecanismos: evasión de las defensas del huésped, invasión de los tejidos periodontales y elaboración de enzimas destructoras de los tejidos. Por ejemplo, Porphyromonas gingivalis tiene fimbrias que le permiten adherirse a las células epiteliales y endoteliales. Además, esos microorganismos producen proteasas que degradan el colágeno, las inmunoglobinas y el complemento.

Las endotoxinas son los productos biológicamente activos liberados por los microorganismos y consisten en lipopolisacáridos, péptidos quimio tácticos, proteínas y ácidos orgánicos que estimulan la respuesta del huésped haciéndolo liberar citoquinas (interleukina 1a, IL-1b, IL-8). Las endotoxinas también pueden influir en una variedad de

enfermedades sistémicas como la aterosclerosis, las enfermedades cardiovasculares, el parto prematuro, entre otras. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 42).

Entre tantas especies de microorganismos, existen unos específicos para la colonización y el progreso de la enfermedad periodontal, los cuales son los encargados de evadir las defensas, invadir y destruir los tejidos periodontales, atacando con agresividad y destruyendo progresivamente.

Es importante resaltar el hecho de que aunque la presencia de ciertas bacterias específicas es necesaria para que ocurran las periodontitis, no es suficiente, porque la respuesta del huésped a los patógenos periodontales es la responsable de la destrucción de los tejidos. Esto explica el porqué muchos individuos pueden albergar los microorganismos sin desarrollar la enfermedad.

Además de los complejos bacterianos, se han aislado ciertos tipos de virus de la flora subgingival de bolsas periodontales en humanos con periodontitis crónica, periodontitis agresiva y con periodontitis asociada a enfermedad sistémica. El mecanismo de acción de los virus es planteado en forma hipotética. Posiblemente su activación se produce si se propician los factores ambientales o sistémicos. Parece que actúan inhibiendo la respuesta del huésped, permitiendo la acumulación de los patógenos periodontales que iniciarían el proceso de la patogénesis de la enfermedad. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 44).

Si es muy cierto que es necesaria la presencia de los microorganismos para el desarrollo de la enfermedad periodontal, hay que tener en cuenta que el huésped, es decir, la persona es la responsable de que la enfermedad progrese o no.

Si una persona acude periódicamente al odontólogo, y mantiene una adecuada higiene oral esta previniendo el poder contraer alguna enfermedad; pero si además de esto ya posee la afección y aun así es cuidadosa evita, más que esto previene que esta avance y se vuelva agresiva destruyendo sus tejidos periodontales.

Valoración del riesgo del paciente

Basados en el principio que señala “es mejor prevenir que curar”, se ha propuesto en general a los profesionales de la salud hacer una valoración del nivel de riesgo que puede tener un paciente o grupos de pacientes para desarrollar determinada enfermedad o para la progresión de una enfermedad ya existente.

Para la valoración del riesgo de las periodontitis, se ha propuesto desde 1994 un modelo de riesgo multifactorial que combina los diferentes factores de riesgo.

La valoración del riesgo tiene su aplicación durante el programa de mantenimiento periodontal, porque además de facilitar la determinación de la frecuencia y la complejidad de las visitas de mantenimiento en salud periodontal, ofrece al clínico los elementos necesarios para evitar el exceso o la falta de tratamiento durante este programa.

En el paciente el riesgo puede determinarse con base en la consideración conjunta de los siguientes parámetros: el estado general y sus condiciones genéticas, los factores ambientales como el hábito de fumar, el porcentaje de sangrado al sondaje de la boca completa, la prevalencia de profundidades sondeables residuales superiores a 4 mm, la pérdida de dientes a partir de un total de 28, la pérdida de soporte periodontal con relación a la edad del paciente. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 47).

Siempre se debe valorar el riesgo que posee un paciente con enfermedad periodontal, con la finalidad de que esta avance y pueda empeorar.

Dentro del campo de la odontología existen unos parámetros y elementos que permiten llevar un control sobre la enfermedad periodontal, para prevenir y aplicar un buen tratamiento a los pacientes.

La evaluación del riesgo en el **diente** es útil para conocer su pronóstico y para precisar la necesidad de medidas terapéuticas específicas durante las citas de mantenimiento. Incluye los siguientes parámetros analizados en forma conjunta: la estimación del soporte periodontal residual, el análisis de la posición del diente en el arco, la presencia de compromisos de bi- y trifurcación, factores iatrogénicos y movilidad dental.

La valoración del riesgo en el **sitio** dental es fundamental para la identificación de los sitios que ameritan mayor atención durante las citas de mantenimiento e incluyen los siguientes aspectos: sangrado durante el sondaje, profundidad sondeable, pérdida del nivel de inserción y presencia de supuración.

En el paciente el nivel de riesgo de recurrencia de las EP puede categorizarse en alto, moderado y bajo.

La interpretación del riesgo global del paciente es la siguiente: un paciente con riesgo periodontal bajo tiene todos los parámetros dentro de las categorías de bajo riesgo o a lo sumo uno de los parámetros en la categoría de riesgo moderado. Con riesgo periodontal moderado tiene al menos dos parámetros en la categoría moderada y como máximo un parámetro de alto riesgo. Con riesgo periodontal alto tiene al menos dos parámetros en la categoría de alto riesgo. (Alvear, F, Vélez, E.2010; p. 48).

Al realizar una evaluación detallada de la cavidad bucal enferma, es claro que se debe realizar periódicamente citas de mantenimiento, teniendo en cuenta los parámetros determinantes como lo son la presencia de sangrado al realizar el sondaje, la medida de la retracción gingival presente, el tamaño de las bolsas periodontales, el compromiso de las raíces, por medio de radiografías y más importante aun la movilidad dental. Teniendo en cuenta toda esta información se podrían clasificar los pacientes en varios niveles alto, moderado y bajo dependiendo de qué tan avanzada se encuentre la enfermedad periodontal.

LA RECESION GINGIVAL COMO ANOMALIA PRINCIPAL DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La recesión gingival describe la localización del margen gingival libre apical a la unión cemento esmalte; está asociada a estética indeseable, abrasión superficial radicular, sensibilidad y caries radicular. Reportes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en diferentes poblaciones, incrementándose significativamente después de la quinta década. Uno de los objetivos de la terapia periodontal es corregir quirúrgicamente las recesiones, por esta razón, la eficacia y predictibilidad de algunas técnicas son consideraciones importantes para el paciente y el clínico. Una variedad de procedimientos quirúrgicos se han descrito como métodos efectivos para cubrir las superficies radiculares expuestas: injertos gingivales, pediculados, de tejido conectivo, plasma rico en plaquetas, regeneración tisular guiada y combinación de técnicas. El propósito de este artículo es presentar las causas que ocasionan la recesión, sus consideraciones histológicas, su clasificación, las indicaciones y contraindicaciones para el cubrimiento de las recesiones y la evaluación de las técnicas de tratamiento que se utilizan para cubrirlas. (Ardila; C. 2009., p. 21).

Cuando la enfermedad ha destruido el tejido periodontal se presenta la recesión gingival dejando como consecuencia principal la pérdida notable de la encía, dejando así expuesta la raíz de las piezas dentales afectadas, las cuales sin un mantenimiento periódico pueden llegar a presentar movilidad y en casos aun más agresivos la pérdida de las piezas dentales.

Cuando la recesión gingival se presenta no quiere decir que todo está perdido ya que existe un tratamiento. Pero cabe resaltar que no todas las personas que la presentan son tratadas, debido a diversos motivos, entre ellos a falta de información, falta de recursos económicos, falta de entidades profesionales en lugares de alta susceptibilidad, culturas y costumbres que no ponen su salud bucodental como prioridad y falta de enseñanza de buenos hábitos de higiene y sobre todo a falta de implementos para la realización de la buena práctica de la misma para las personas de escasos recursos.

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA DE LA RECESIÓN GINGIVAL

La recesión gingival aumenta con la edad. Su incidencia varía desde 8% en los niños hasta 100% luego de los 50 años de edad. Informes recientes indican que hay una prevalencia substancial en el aumento de las recesiones en la población mundial, incrementándose

Significativamente después de la quinta década. Esto motiva a que ciertos investigadores supongan que la recesión es un proceso fisiológico vinculado con el envejecimiento. Sin embargo, aún no se presentan pruebas convincentes sobre un cambio fisiológico de la inserción gingival. La migración apical gradual es, con mucha probabilidad, el resultado del efecto acumulativo de una afección patológica menor, los traumatismos menores directos y repetidos a la encía, o ambos. En poblaciones que presentan buenas medidas de higiene oral las recesiones marginales son más frecuentes en las superficies bucales y parece ser más común en dientes uniradiculares que en molares. En contraste las recesiones se encuentran cerca de todas las superficies dentarias en los pacientes comprometidos periodontalmente. Al mismo tiempo, se ha enfocado la atención en los aspectos etiológicos, implicando muchos factores en la recesión gingival. Al menos tres tipos de recesiones gingivales pueden considerarse: recesiones asociadas a factores mecánicos, predominantemente técnicas de cepillado inadecuadas, frenillos traccionantes y factores iatrogénicos, recesiones asociadas a lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana, en casos de dehiscencias asociadas a periodonto delgado y en casos de dientes en mal posición, y recesiones asociadas a formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva. (Ardila; C. 2009; p. 1).

La enfermedad periodontal y la recesión gingival han estado muy vinculadas con el envejecimiento, pero últimamente con el aumento desmedido de esta patología ya no se asocia únicamente con este proceso natural de los seres humanos.

La recesión gingival se presenta por tres causas principales, el primero por acumulación de placa bacteriana que conlleva a la inflamación de las encías, dientes mal posicionados que

ocasionan traumas y por ultimo pero no menos importante se da como consecuencia de una enfermedad periodontal agresiva.

Causas

- Factores socioeconómicos: están asociados con deficiencias nutricionales
- Factores sistémicos: usualmente se denominan factores sistémicos que afectan la salud en general de las personas, algunas de estas condiciones sistémicas suelen asociarse con la enfermedad periodontal.
- La edad: el envejecimiento se ha relacionado con la enfermedad periodontal, ya que está asociado al deterioro periodontal, acumulado durante un tiempo.
- El género: frecuentemente se reporta mayor prevalencia de enfermedad periodontal en los hombres que en las mujeres en edades comparables. Una de las razones es que los hombres tienen peor higiene oral que las mujeres.
- Factores genéticos: existe una serie de síndromes asociados con la periodontitis, especialmente con su forma agresiva, una de ellas es: la deficiencia de adhesión del leucocito.
- VIH: hubo reportes que mostraban una altísima prevalencia y severidad de pacientes infectados con el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- Factores psicológicos: algunos estudios han reportado una alta prevalencia de enfermedad periodontal destructiva crónica en personas con ciertos trastornos psicológicos, como situaciones de estrés, particularmente asociados con problemas financieros y depresión, fueron indicadores de riesgos significativos de periodontitis crónica severa, al encontrarse asociada con elevada pérdida de inserción y de hueso alveolar.
- Tabaquismo: se ha hallado una clara asociación entre el tabaquismo y la prevalencia y severidad de enfermedad periodontal. Otros productos del tabaco, como goma de mascar, cocaína, también ha sido asociada a recesión gingival.
- Posición dental: la mala alineación, apiñamiento, migración o la inclinación de un diente han sido condiciones implicadas en la pérdida de soporte periodontal, posiciones extremas hacia lingual y vestibular se han relacionado con recesión gingival.

- Proximidad radicular: se ha considerado un factor de riesgo para la enfermedad periodontal, debido a que el hueso y el tejido conectivo están reducidos y así la inflamación y la destrucción periodontal pueda avanzar rápidamente.
- Contacto abierto: se ha asociado con la profundidad del sondaje aumentado y pérdida de inserción clínica, porque favorece la presencia y la permanencia de la placa bacteriana.
- Restauraciones orales y aparatología ortodoncia: puede ser un factor retentivo, existen discrepancias marginales en las restauraciones o aparatos ortodónticos en la medida que favorece la retención de placa, amalgama sobre contorneada y brackets, ha sido asociado con pérdida ósea, inflamación y recesión gingival.
- Compromiso pulpar: puede contribuir con la destrucción periodontal, particularmente cuando hay periodontitis preexistentes, cuando la periodontitis está ausente se puede producir un tracto fistuloso a lo largo del ligamento periodontal que se puede (Ferro; M; 2007; p 124)

Signos y síntomas de la retracción gingival

La retracción gingival puede estar acompañada de:

- La exposición de las raíces de los dientes.
- Sangrado de las encías en el cepillado.
- Halitosis (mal aliento crónico).
- La movilidad dental e incluso la pérdida de los dientes.
- Dolor dental.
- La sensibilidad al contacto con los instrumentos metálicos o durante la masticación, el contacto con los cubiertos, alimentos calientes, o especialmente fríos, la respiración de aire frío
- Dificultad en el cepillado.
- Aumento del riesgo de caries en las zonas sensibles y la aparición de la gingivitis.
- Aspecto anormal de las encías que pueden derivar en trastornos sujetos como no abrir mucho la boca, limitación de la sonrisa, cambios en el tono de voz, depresión nerviosa y ansiedad en las relaciones con los demás.

- El uso de tabaco
- El exceso de alcohol
- El uso de drogas
- Los medicamentos con receta- algunos estudios demuestran que el 75-94% de los pacientes que toman medicamentos, suelen ingerir al menos un fármaco con efectos bucales secundarios.
- Opciones de dieta – los alimentos ricos en azúcar (especialmente los dulces y los refrescos) y las dietas altas en hidratos de carbono pueden hacer una gran diferencia en la salud dental
- La mala higiene oral - falta de cepillado, no uso de hilo dental, pocas visitas al dentista, etc.

- La lejanía de la población rural en la mayoría de casos.
(Ferro; M; 2007; p 126)

Metodología

Enfoque de la investigación: cualitativa.

Tipo de investigación: descriptiva.

Técnicas de recolección de información: historia clínica.

Historia clínica:

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico y odontológico. Este se caracteriza por:

- Profesionalidad (solamente el profesional de la medicina y de la odontología pueden efectuar un acto médico), pues en esencia son los médicos y los odontólogos quienes están en capacidad de practicar una buena historia clínica.
- Ejecución típica, es decir, su ejecución conforme a las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones, de tiempo, lugar y entorno.
- El objetivo de ayudar al enfermo, que se traduce en aquello que se transcribe en la historia.
- La licitud, pues la misma norma jurídica respalda a la historia como documento indispensable.

Población: población rural del oriente antioqueño (Puerto Venus, San Francisco y Cocorna).

En el corregimiento de Puerto Venus se atendieron 22 personas entre ellas niños, jóvenes y adultos a los cuales se les realizó su diagnóstico correspondiente y una fase higiénica.

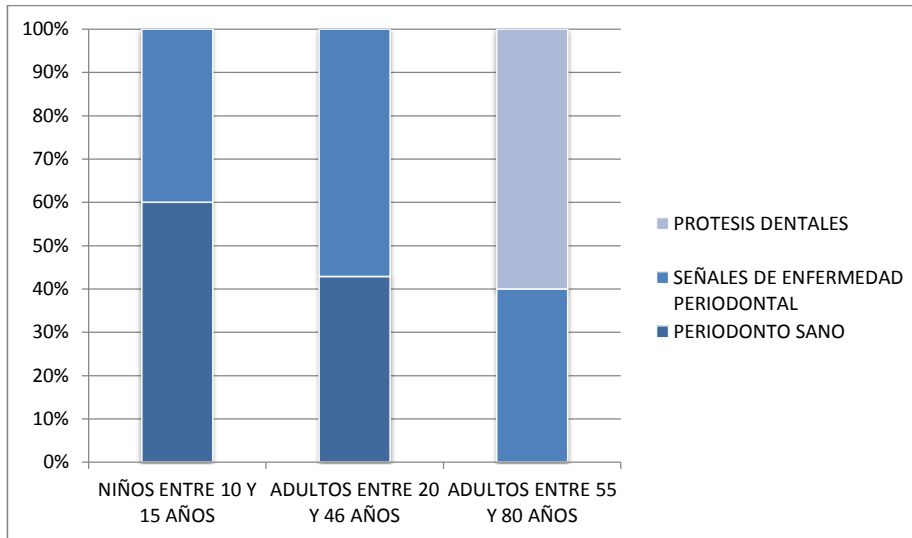
Mediante la recolección de la información plasmada en las historias clínicas de cada paciente se pudo analizar y concluir que existe un alto índice de retracción gingival.

De igual manera en el municipio de San Francisco se atendieron 23 personas a los cuales se les realizó el mismo procedimiento. Mediante la información recolectada se pudo concluir que los índices de retracción gingival son muy preocupantes.

Y por ultimo en el municipio de Cocorna se atendieron 19 personas en total a las cuales se les brindo la misma atención. Al analizar los datos recolectados los resultados fueron muy parecidos a los anteriores, ya que el alto índice de retracción gingival sigue siendo muy elevado.

RESULTADOS

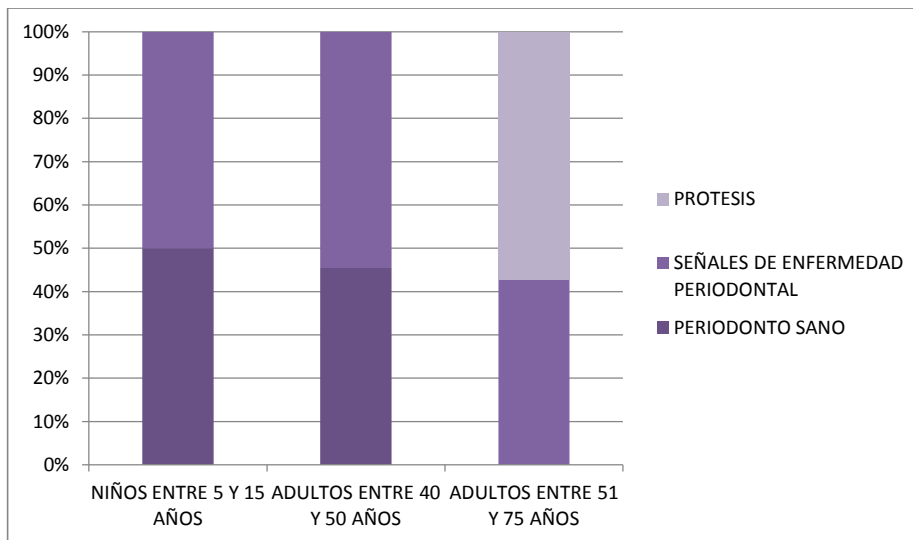
PUERTO VENUS



RESULTADOS PUERTO VENUS	PERIODONTO SANO	SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	PROTESIS DENTALES
NIÑOS ENTRE 10 Y 15 AÑOS	60%	40%	0%
ADULTOS ENTRE 20 Y 46 AÑOS	42,8%	57,1%	0%
ADULTOS ENTRE 55 Y 80 AÑOS	0%	40%	60%
PACIENTES ATENDIDOS	22	PORCENTAJE SOBRE	
		100%	
CANTIDAD DE NIÑOS ATENDIDOS			5
NUMERO DE NIÑOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL			2
NIÑOS SANOS			3
CANTIDAD DE ADULTOS ATENDIDOS			7
NUMERO DE ADULTOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL			4
ADULTOS SANOS			3

CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS		10	
NUMERO DE ADULTOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL		4	
ADULTOS MAYORES CON PROTESIS POR PERDIDA DE PIEZAS DENTALES		6	
ADULTOS MAYORES SANOS		0	

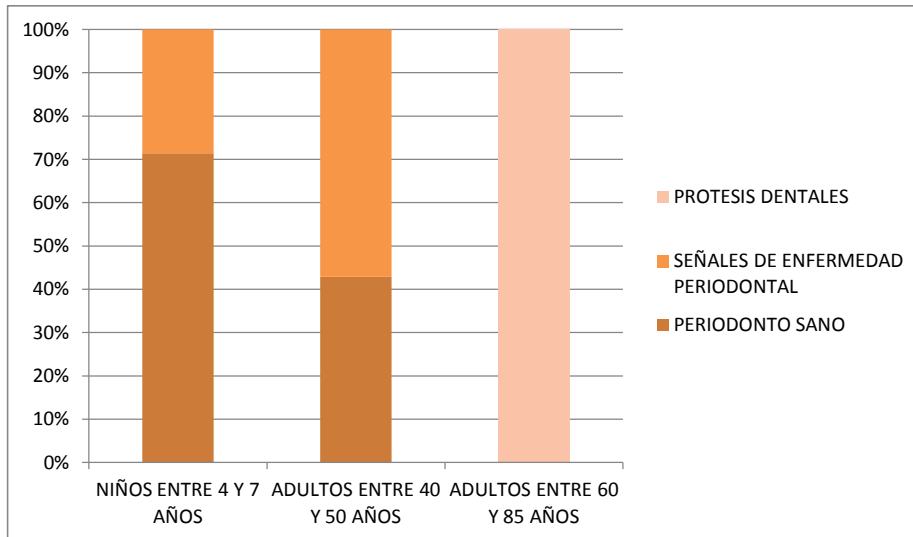
SAN FRANCISCO



RESULTADOS SAN FRANCISCO	PERIODONTO SANO	SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	PROTESIS
NIÑOS ENTRE 5 Y 15 AÑOS	50%	50%	0%
ADULTOS ENTRE 40 Y 50 AÑOS	45,4%	54,5%	0%
ADULTOS ENTRE 51 Y 75 AÑOS	0%	42,8%	57,1%

PACIENTES ATENDIDOS	23	PORCENTAJE SOBRE
		100%
CANTIDAD DE NIÑOS ATENDIDOS		6
NUMERO DE NIÑOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL		3
NIÑOS SANOS		3
CANTIDAD DE ADULTOS ATENDIDOS		11
NUMERO DE ADULTOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL		6
ADULTOS SANOS		5
CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS		7
NUMERO DE ADULTOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL		3
ADULTOS MAYORES CON PROTESIS POR PERDIDA DE PIEZAS DENTALES		4
ADULTOS MAYORES SANOS		0

COCORNA



RESULTADOS COCORNA	PERIODONTO SANO	SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL	PROTESIS DENTALES
NIÑOS ENTRE 4 Y 7 AÑOS	71,4%	28,5%	0%

ADULTOS ENTRE 40 Y 50 AÑOS	42,8%	57,1%	0%
ADULTOS ENTRE 60 Y 85 AÑOS	0%	0%	100%

PACIENTES ATENDIDOS	19	PORCENTAJE SOBRE
		100%
CANTIDAD DE NIÑOS ATENDIDOS		7
NUMERO DE NIÑOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL		2
NIÑOS SANOS		5
CANTIDAD DE ADULTOS ATENDIDOS		7
NUMERO DE ADULTOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL		4
ADULTOS SANOS		3
CANTIDAD DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS		5
NUMERO DE ADULTOS CON SEÑALES DE ENFERMEDAD PERIODONTAL		0
ADULTOS MAYORES CON PROTESIS POR PERDIDA DE PIEZAS DENTALES		5
ADULTOS MAYORES SANOS		0

ANÁLISIS

Basados en los resultados se puede analizar que el índice de retracción gingival en la población rural del oriente antioqueño (Cocorna, San Francisco, y Puerto Venus) presenta un porcentaje muy elevado.

Puesto que los factores de riesgo ya han sido identificados mediante la interpretación de las historias clínicas de cada paciente se procedería a realizar un análisis general, pues aunque se hable de tres poblaciones diferentes los factores de incidencia son prácticamente los mismos.

En la historia clínica odontológica además de los datos personales, se da respuesta a preguntas muy puntuales que nos permiten identificar de antemano un factor de riesgo importante.

Preguntas como:

HABITOS DE DE HIGIENE ORAL Y OTROS

1. ¿Cuántas veces se cepilla en el día?
2. ¿Usa la seda dental? ¿cuantas veces al día?
3. ¿hace cuanto fue su última visita al odontólogo?
4. ¿fuma? ¿con qué frecuencia?
5. ¿consume alcohol?
6. ¿toma tinto con frecuencia?
7. ¿se succiona el dedo?
8. ¿se come las uñas?

Las respuestas de estas preguntas nos permiten realizar un análisis presuntivo ya que ni siquiera se ha revisado la cavidad oral del paciente pero ya se poseen datos puntuales que arrojan información importante que influye como uno de los factores de incidencia de la retracción gingival.

Ya pasando al campo práctico, al atender al paciente y revisar la cavidad oral se hacen evidentes los hallazgos de la enfermedad periodontal, en unas personas mucho más avanzada que en otras,

Pero aun así no se puede negar que también se encontraron pacientes sanos, aclarando que fueron muy pocos.

Los porcentajes obtenidos sobre la presencia de la retracción gingival son muy altos tanto en niños como en adultos mayores, los factores de riesgo sobre la incidencia de la retracción son prácticamente los mismos.

FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN EN LA APARICION DE LA RETRACCION GINGIVAL.

Factores generales:

- Falta de información adecuada sobre los cuidados básicos para una buena higiene oral.
- Servicios odontológicos deficientes.
- Falta de los implementos básicos para la higiene dental.
- Abandono de las entidades encargadas de prestar los servicios básicos a las poblaciones rurales más necesitadas.
- Desconocimiento sobre el uso de algunos implementos básicos para la higiene como la seda y el enjuague bucal.
- Déficit en la Frecuencia del cepillado y en el uso de la seda dental.
- Uso de elementos inadecuados, como el uso de jabón rey como reemplazo de la crema dental.
- Consumo elevado de cigarrillos y tabacos.
- Cinco años o más sin visitar el odontólogo.

Toda la información es sustentable ya que se encuentra depositada en las historias clínicas, las cuales fueron usadas como técnica de recolección, de allí se extrajeron los datos para la realización de los porcentajes y el análisis general.

Se quiso realizar un análisis general ya que el resultado arrojó unos porcentajes que fueron muy parecidos entre sí, como también los factores de incidencia.

CONCLUSIONES

Con el trabajo realizado se logro sensibilizar a los pacientes atendidos en la población rural del oriente antioqueño (Puerto Venus, Cocorna, y San Francisco) sobre la importancia de los buenos hábitos y de todos los recursos necesarios para una adecuada higiene oral.

Generamos cultura de prevención, llegando adecuadamente al común de las personas con un lenguaje sencillo y a la vez práctico, capturando su atención hacia la prevención y el adecuado tratamiento de la enfermedad periodontal y la presencia de la retracción gingival.


RECOMENDACIONES

Se recomienda a las entidades encargadas, prestar mayor atención a los habitantes de las poblaciones rurales de Antioquia, en cuanto a lo referente en salud, tanto general como odontológica ya que se encuentran muy olvidados. Existiendo así un alto déficit de recursos e información básica pero necesaria para los adecuados hábitos de higiene oral.

ANEXOS

Método de recolección de la información:

Historia Clínica


Rotacion Clínica III
 HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

FECHA: _____

1. DATOS PERSONALES

Nombre completo: _____ Edad: _____
 Fecha nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Lugar: _____
 Identificación CC: TI ____ RC ____ Otros ____ Nº ____
 Dirección residencia: _____ Teléfono: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA: _____

3. ENFERMEDAD ACTUAL: _____

4. ANTECEDENTES MEDICOS Y ODONTOLÓGICOS

4.1. Antecedentes personales		SI	NO	4.2. Antecedentes familiares		SI	NO
1. Hepatitis				1. Afecciones cardiacas			
2. Diabetes				2. Diabetes mellitus			
3. Hipertensión arterial				3. Hipertensión			
4. Epilepsia, otras del sistema nervioso				4.3. Antecedentes odontológicos	SI	NO	
5. Afecciones digestivas				1. Operatoria			
6. Afecciones cardiacas				2. Endodoncias			
7. Afecciones respiratorias				3. Ortodoncia u ortopedia			
8. (VIH) SIDA				4. Ortopedia			
9. Enfermedades de transmisión sexual							
				4. Hospitalizaciones, cirugías			
				11. Alergias (medicamentos, otros)			
				12. Amigdalitis			
				13. Infecciones orales			
				14. Herpes			
				15. Fracturas- accidentes			
				16. Está tomando algún medicamento?			
				17. Está embarazada?			
				18. Otros, Cuales?			
				4. Epilepsia			
				5. Cancer			
				6. Otros cuáles?			
				5. Cirugías			
				6. Periodoncia			
				7. Prótesis			
				8. Otros Cuales?			

Observaciones: _____

5. HABITOS Y OTROS

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Cigarrillo		Tinto		Morder carrillos		Queilostagia	
Alcohol		Succión digital		Respiración oral		Piercing	
Alucinógenos		Biberón		Onicofagia		Otros (cuales)	

5.1 HABITOS DE HIGIENE ORAL

SI	NO	Veces al día	SI	NO	Veces al día
Cepillado			Seda dental		

¿Hace cuánto fue su última visita al odontólogo? _____

6. TEJIDOS INTRA Y EXTRAORALES. Marque si los encuentra normales o no y explique si es necesario

SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Lengua		Piso de boca		Amígdalas		ATM	
Carrillos		Paladar		Labios		Otros (cuales)	

¿MARQUE SI NO SI LO PRESENTA EN BOCA O NO

7. ANÁLISIS INTRAORAL		SI	NO	SI	NO	SI	NO
Atrición				Abstracción		Calculos subgingivales	
Erosión				Retracciones gingivales		Otros (Cuales)	
Abrasión				Calculos supragingivales			

Observaciones: _____

8. ODONTOGRAMA

16	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
[Diagrama de dientes 16-11]								[Diagrama de dientes 21-28]							
46	47	46	45	44	43	42	41	51	52	53	54	55	56	57	58
[Diagrama de dientes 46-41]								[Diagrama de dientes 51-58]							
36	37	36	35	34	33	32	31	61	62	63	64	65	66	67	68
[Diagrama de dientes 36-31]								[Diagrama de dientes 61-68]							
26	27	26	25	24	23	22	21	71	72	73	74	75	76	77	78
[Diagrama de dientes 26-21]								[Diagrama de dientes 71-78]							

Observaciones o hallazgos de lesiones en tejidos duros: _____

9. INDICE DE PLACA BACTERIANA _____ %

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
[Grilla de 20 columnas para índice de placa bacteriana]																			

Buena ___ Regular ___ Deficiente ___

10. DIAGNÓSTICO _____

11. PRONÓSTICO _____

12. PLAN DE TRATAMIENTO _____

13. PACIENTE REMITIDO A: _____

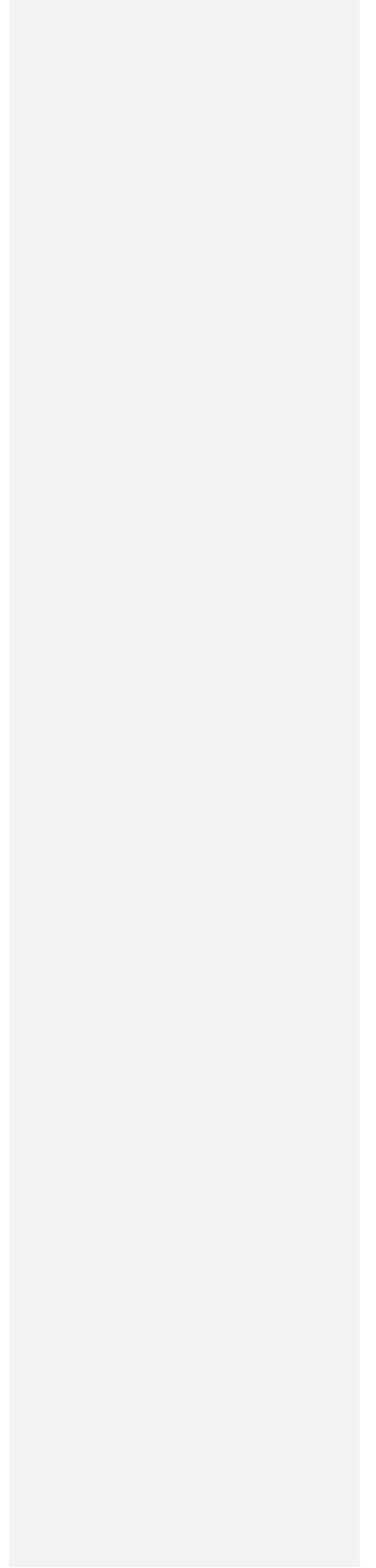
14. EVOLUCIÓN:

FECHA	HORA	PROCEDIMIENTO REALIZADO	FIRMA ODONTÓLOGO	FIRMA ESTUDIANTE	FIRMA PACIENTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con C.C. N° _____ de _____, acepto el tratamiento anteriormente descrito brindado por un estudiante de Salud Oral de UNIMINUTO y el Politécnico Internacional, bajo la asesoría directa de Odontólogo docente, acepto que fui informado adecuadamente acerca del tratamiento a recibir.

Firma del paciente o acudiente: _____ Firma del estudiante: _____ Firma del docente: _____





Rionegro, Julio 26 de 2013

Señor
Carlos Mario del Toro
 Coordinador Salud Oral y Mecánica Dental
 UNIMINUTO
 Medellín

Cordial Saludo,

La Fundación Pastoral Social de la Diócesis Sonsón Rionegro agradece el acompañamiento que UNIMINUTO desarrolla con las brigadas de salud Oral programadas y realizadas en los diferentes municipios (Con sus corregimientos). Igualmente resaltamos el compromiso algunos estudiantes del proyecto salud oral, como el caso de quienes acompañaron en el corregimiento de Puerto Venus, quienes manifestaron de verdad su gran sentido de pertenencia y profesionalismo para la cual se están preparando.

La Fundación espera seguir contando con su valioso apoyo. Qué bueno poder contar con el compromiso incondicional de la Doctora Elena Contreras Montes y el de sus estudiantes, igualmente solicito para los estudiantes más rotación clínica, que hayan tenido diferentes practicas y con capacidad de ofrecer, talleres de formación, buscando la calidad de vida de los pacientes; aquí se les ofrece transporte alimentación y hospedaje y los implementos de práctica.

De antemano le agradezco su generosa comprensión y que el todo poderoso le bendiga siempre

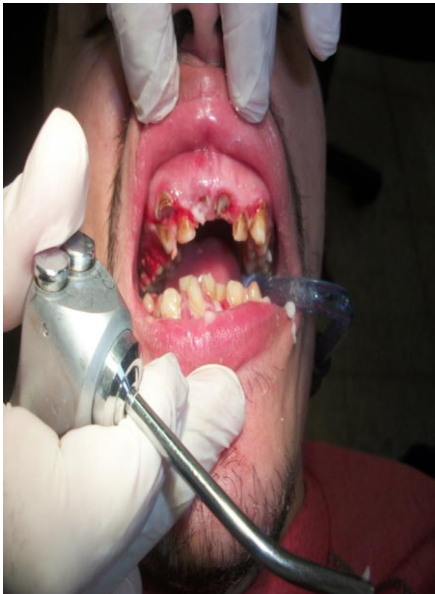
Deseándole Paz en Cristo.

Luis Ignacio Avedo Avedo
 Luis Ignacio Avedo Avedo
 Representante Legal



Fotografías

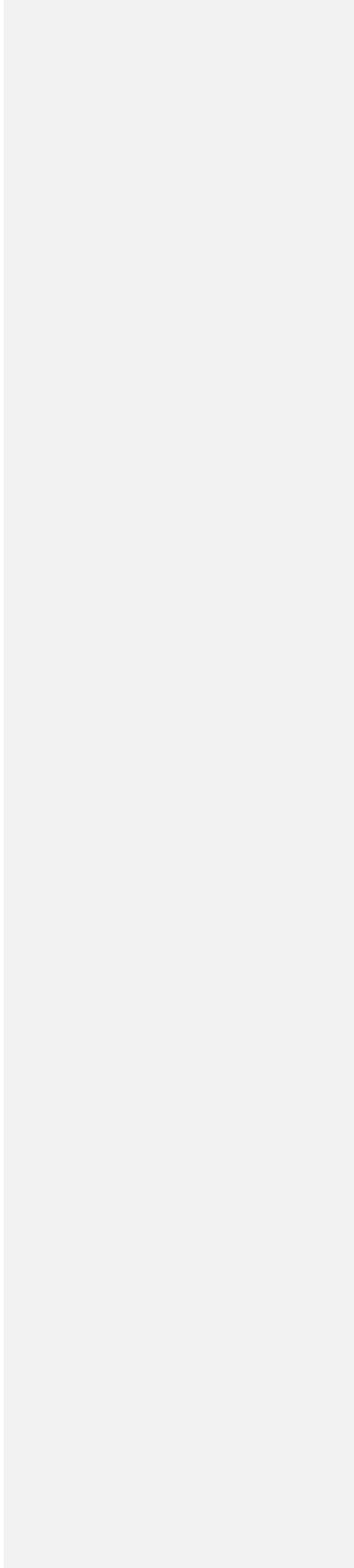














BIBLIOGRAFIA

Ferro, M; y Gómez, M. (2007). *Periodoncia Especializada*. Bogotá DC. Colombia.

Montes, V. (1994). *Odontología en la población rural*. (S.l.) Alba Americana de Ediciones Ltda.

Alvear, F.S; Vélez, M.E; y Botero, L. (2010). *Factores de riesgo para las enfermedades periodontales*. Medellín, Ant. Colombia.

Suarez, A.F. (2009). *Odontología Elemental Vol.1*. Panamericana Editorial.

Ardila, C. (2009) *Patologías Bucales*. Bogotá DC. Colombia.

DEDICATORIA

- Elena Contreras Montes
Odontóloga General y Brigadista

- Lina María Álzate Mesa

Coordinadora de Investigación Técnicas Profesionales en Salud Oral y Mecánica Dental

- Párroco Luis Ignacio Acevedo Acevedo
Fundación Pastoral Social de Sonsón – Rionegro

AGRADECIMIENTOS

- Elena Contreras Montes
Odontóloga General y Brigadista

- Lina María Álzate Mesa

Coordinadora de Investigación Técnicas Profesionales en Salud Oral y Mecánica Dental

- Párroco Luis Ignacio Acevedo Acevedo
Fundación Pastoral Social de Sonsón – Rionegro