

1era Ed.
2023



PUERTO MADERO
EDITORIAL

MANIFESTACIONES CLÍNICAS BUCALES

Y SU RELACIÓN CON LA ARTRITIS REUMATOIDE



**EDITH CARI CHECA
SULMA JUDITH QUEA CALCINA
ELIZABETH VARGAS ONOFRE
MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
SONIA BENITA FERNÁNDEZ TAPIA**



puertomaderoeditorial.com.ar



La Plata - Argentina

MANIFESTACIONES CLÍNICAS BUCALES Y SU RELACIÓN CON LA ARTRITIS REUMATOIDE

ISBN: 978-631-6557-00-1

Edith Cari Checa, Sulma Judith Quea Calcina
Elizabeth Vargas Onofre, María Amparo Del Pilar Chambi Catacora,
Sonia Benita Fernández Tapia



Manifestaciones clínicas bucales y su relación con la Artritis Reumatoide

**Oral clinical manifestations and their relationship with
rheumatoid arthritis**

AUTORES:

Edith Cari Checa,
Sulma Judith Quea Calcina
Elizabeth Vargas Onofre,
María Amparo Del Pilar Chambi Catacora,
Sonia Benita Fernández Tapia



Manifestaciones clínicas bucales y su relación con la artritis reumatoide /
Edith Cari Checa ... [et al.] ; editado por Jacinto Eugenio Pérez Ramírez ; Juan
Carlos Santillán Lima. - 1a ed - La Plata : Puerto Madero Editorial Académica,
2023.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN g

1. Odontología. I. Cari Checa, Edith II. Pérez Ramírez, Jacinto Eugenio, ed.
III. Santillán Lima, Juan Carlos, ed.
CDD 617.6



Licencia Creative Commons:

Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Primera Edición, Junio 2023

Auditoria de gestión y el control gubernamental en el sector público

ISBN: 978-631-90039-2-5

Editado por:

Sello editorial: ©Puerto Madero Editorial Académica

Nº de Alta: 933832

Editorial: © Puerto Madero Editorial Académica

CUIL: 20630333971

Calle 45 N491 entre 4 y 5

Dirección de Publicaciones Científicas Puerto Madero

Editorial Académica

La Plata, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: +54 9 221 314 5902

+54 9 221 531 5142

Código Postal: AR1900

Este libro se sometió a arbitraje bajo el sistema de doble ciego (peer review)

Corrección y diseño:

Puerto Madero Editorial Académica

Diseñador Gráfico: José Luis Santillán Lima

Diseño, Montaje y Producción Editorial:

Puerto Madero Editorial Académica

Diseñador Gráfico: Santillán Lima, José Luis

Director del equipo editorial:

Santillán Lima, Juan Carlos

Editor:

Pérez Ramírez, Jacinto Eugenio

Santillán Lima, Juan Carlos

Hecho en Argentina

Made in Argentina

AUTORES:

Edith Cari Checa

Docente Ordinario – Asociado, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Juliaca. Perú.

d01556817@uancv.edu.pe, edithcari@hotmail.com



<https://orcid.org/0000-0001-6100-1099>

Sulma Judith Quea Calcina

Investigadora Independiente. Juliaca.. Perú.

judithquea@gmail.com



<https://orcid.org/0009-0008-3219-5558>

Elizabeth Vargas Onofre

Docente Ordinario – Principal, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Juliaca.. Perú.

d29216323@uancv.edu.pe



<https://orcid.org/0000-0001-6401-9470>

María Amparo Del Pilar Chambi Catacora

Docente Ordinario – Principal, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Juliaca.. Perú.

d02405808@uancv.edu.pe, ampi756@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0001-8164-4833>

Sonia Benita Fernández Tapia

Docente Ordinario – Asociado, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Juliaca.. Perú.

bsoniaft@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0003-2232-6653>

CONTENIDOS

CONTENIDOS	<i>xi</i>
RESUMEN	<i>xv</i>
ABSTRACT	<i>xvii</i>
INTRODUCCIÓN	<i>xix</i>
CAPÍTULO I	<i>1</i>
1 EL PROBLEMA	<i>1</i>
1.1 Exposición de la situación problemática	<i>1</i>
1.1.1 Origen de los problemas bucales:	<i>5</i>
1.2 Formulación del planteamiento del problema	<i>16</i>
1.2.1 Problema general	<i>16</i>
1.2.2 Problemas específicos	<i>16</i>
1.3 Justificación de la investigación	<i>17</i>
1.4 Limitaciones de la investigación	<i>19</i>
1.5 OBJETIVOS	<i>20</i>
1.5.1 Objetivo general	<i>20</i>
1.5.2 Objetivos específicos	<i>20</i>
CAPÍTULO II	<i>23</i>
2 TEORIAS Y ANTECEDENTES	<i>23</i>
2.1 Antecedentes de la Investigación	<i>23</i>
2.1.1 Antecedentes internacionales	<i>23</i>
2.1.2 Antecedentes nacionales	<i>29</i>
2.1.3 Antecedentes locales	<i>31</i>
2.2 MARCO TEORICO	<i>32</i>
2.2.1 Enfermedad periodontal	<i>32</i>
2.2.2 Artritis reumatoide	<i>43</i>
2.3 Hipótesis y variables	<i>51</i>

2.3.1	Hipótesis general	51
2.3.2	Hipótesis específicas	51
2.3.3	Variables e indicadores	52
CAPÍTULO IV		53
3	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	53
3.3	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	53
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	53
3.4.1	Población	53
3.4.2	Muestra	54
3.5	Criterios de selección	54
3.5.1	Criterios de inclusión	54
3.5.2	Criterios de exclusión	55
3.6	Técnicas e instrumentos de investigación	55
3.6.1	Técnicas	55
3.6.2	Instrumento	58
3.6.3	Fuentes	59
3.7	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	59
3.7.1	Validez del instrumento	59
3.7.2	Confiabilidad del instrumento	59
3.8	Procedimiento para la recolección de datos	59
3.9	Diseño de contrastación de hipótesis	60
3.10	Tratamiento estadístico de datos	60
CAPÍTULO V		61
4	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	61
DISCUSIÓN		81
CONCLUSIONES		83

RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	85
ANEXOS	93
DE LOS AUTORES	97
EDITH CARI CHECA	97
SULMA JUDITH QUEA CALCINA	98
ELIZABETH VARGAS ONOFRE	99
MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA	100
SONIA BENITA FERNÁNDEZ TAPIA	102

RESUMEN

Objetivo: Comprobar la relación que existe entre las manifestaciones bucales y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de Reumatología del HCMM. Juliaca. 2020. **Materiales y métodos:** la presente investigación es de nivel correlacional, observacional, prospectivo, habiéndose hecho una sola medición por lo que se considera de tipo transversal, se consideró como universo 576 personas de los cuales mediante formula estadística obtuvimos 144 personas para ser consideradas en nuestra muestra, en quienes se utilizó la técnica de la observación e inspección clínica de la cavidad bucal plasmándolo en el instrumento diseñado para nuestro fin, los resultados obtenidos fueron analizados en una matriz de sistematización para hallar los porcentajes y frecuencias mientras que para realizar la contrastación de la hipótesis se utilizó la prueba estadística del chi cuadrado. **Resultados:** de 144 pacientes que acuden al servicio de reumatología el 91% fueron diagnosticados con artritis reumatoide tardía mientras que el restante 9% tienen artritis reumatoide temprana, con respecto a la gingivitis el 82.6%, tienen gingivitis leve, el 82.6% no tienen alteración gingival, el 36.1% tienen periodontitis crónica moderada y el 18.1% no presentan enfermedad periodontal, en cuanto a la xerostomía el 18.1% la presentan mientras que el 32.6% no la presentan; en cuanto a la

estomatitis aftosa el 91.0% no presenta y el 9% si la presenta.

Conclusión: se ha podido establecer que existe una relación de causalidad (Valor de $p = 0.011 = 1.1\% < 0.05$) entre las manifestaciones clínicas bucales con la artritis reumatoide, de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM Juliaca. 2020.

Palabras clave: Manifestaciones bucales, artritis reumatoide.

ABSTRACT

Objective: To verify the relationship between oral manifestations and rheumatoid arthritis in patients who come to the rheumatology office of the HCMM. Juliaca. 2020. **Materials and methods:** the present investigation is of a correlational, observational, prospective level, having made a single measurement for what is considered cross-sectional, 576 people were considered as the universe of which by statistical formula we obtained 144 people to be considered In our sample, in whom the technique of clinical observation and inspection of the oral cavity was used, recording it in the instrument designed for our purpose, the results obtained were analyzed in a systematization matrix to find the percentages and frequencies while performing the To test the hypothesis, the chi-square statistical test was used. **Results:** of 144 patients who come to the rheumatology service, 91% were diagnosed with late rheumatoid arthritis while the remaining 9% have early rheumatoid arthritis, with respect to gingivitis 82.6%, have mild gingivitis, 82.6% have no alteration gingival, 36.1% have moderate chronic periodontitis and 18.1% do not have periodontal disease, as for xerostomia, 18.1% present it while 32.6% do not; Regarding aphthous stomatitis, 91.0% did not present it and 9% did. **Conclusion:** it has been possible to establish that there is a causal relationship (p value = $0.011 = 1.1\% < 0.05$) between oral clinical manifestations with rheumatoid arthritis, of patients who come to the rheumatology office

of the HCMM Juliaca. 2019.

Key words: Oral manifestations, rheumatoid arthritis.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra búsqueda bibliográfica hemos podido atestiguar que se han realizado investigaciones escasas con respecto al tema, aun así podemos resaltar la importancia del mantenimiento de la buena salud en la cavidad bucal de pacientes con enfermedades reumáticas, lo cual evitaría su rápida progresión evitando cuantiosos gastos al estado y también al bolsillo de los pacientes, debemos ser conscientes que existe relación directa proporcional entre las enfermedades crónicas y las manifestaciones clínicas en la cavidad oral.

La ejecución de esta investigación titulado “Manifestaciones clínicas orales y su relación con la artritis reumatoide de pacientes que asisten al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca 2019” significa un esfuerzo por sumar conocimientos útiles tanto para la profesión odontológica como para la profesión médica de esta manera se está propiciando diversas maneras de visualizar las patologías en mención. Para iniciar lectura y comprender nuestra investigación la hemos estructurado del siguiente modo:

En el capítulo I: se indaga sobre el problema partiendo de lo general a lo particular, describiéndolo y analizándolo esto nos permitió a realizar la enunciación de las interrogantes tanto general como específicas, también nos permitió realizar los objetivos y

justificación del estudio.

En el capítulo II: el cual a sido estructurado en tres partes principales a saber: los antecedentes de la investigación en base a los que se realizó la consulta crítica y sistematizada de los pocos trabajos encontrados y realizados por estudiosos tanto a nivel del extranjero, nacional y local, tomándose en cuenta los realizados en fechas recientes, de igual forma el marco teórico estructurado con temas referentes a la definición y análisis de las teorías más representativas de nuestros dimensiones del estudio, finalmente se formula la hipótesis general y específicas.

En el capítulo III: está considerado materiales y método, de igual forma las técnicas utilizadas para realizar nuestro análisis instrumental, en cuanto a su diseño, tipo, nivel de investigación, sujetos de estudio y tipo de elección.

En el capítulo IV: se presentan los resultados presentados gráficos y tablas con sus respectivos analizados e interpretados, posteriormente comparamos nuestros resultados con investigaciones similares los cuales nos encaminan a la discusión, la prueba estadística de la hipótesis para poder determinar la validez de nuestro trabajo, finalizando con la conclusión y respectivas recomendaciones.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 Exposición de la situación problemática

La epidemiología es el estudio de la distribución y las causas de las enfermedades en las poblaciones. Es una ciencia que se ha desarrollado a lo largo de la historia, y ha tenido un papel importante en la prevención y control de las enfermedades.

Los primeros registros de epidemias se remontan a la antigüedad. En el Antiguo Egipto, por ejemplo, se sabe que hubo epidemias de peste, cólera y fiebre amarilla. En la Edad Media, la peste negra fue una de las pandemias más devastadoras de la historia, matando a millones de personas en Europa.

En el siglo XVIII, el médico inglés John Snow fue uno de los primeros en identificar el papel del agua contaminada en la propagación de la enfermedad. Sus estudios sobre el brote de cólera en Londres llevaron al desarrollo de las primeras medidas de salud públicas para mejorar la calidad del agua.

En el siglo XIX, el desarrollo de la microbiología permitió identificar los microorganismos responsables de muchas

enfermedades. Esto llevó al desarrollo de vacunas y antibióticos, que han salvado millones de vidas.

En el siglo XX, la epidemiología ha jugado un papel importante en el control de enfermedades como la poliomielitis, la tuberculosis y el sarampión. El desarrollo de programas de vacunación y prevención ha permitido reducir la incidencia de estas enfermedades en todo el mundo.

En el siglo XXI, la epidemiología sigue siendo una ciencia importante para la prevención y control de las enfermedades. Los epidemiólogos trabajan para identificar los factores que contribuyen a las enfermedades, para desarrollar programas de prevención y para evaluar la eficacia de los tratamientos. Esta una ciencia multidisciplinaria se basa en los conocimientos de la medicina, la biología, la estadística y la salud pública. Es una ciencia esencial para la salud de la población, y ha contribuido a mejorar la salud de las personas en todo el mundo.

El estudio de las manifestaciones clínicas bucales y su relación con la artritis reumatoide reviste una gran importancia debido a múltiples razones que abarcan tanto la salud bucal como la salud general de los pacientes. A continuación, se exponen algunas de las razones clave por las cuales esta área de investigación es crucial:

1. Detección temprana y diagnóstico: Las manifestaciones clínicas bucales pueden ser señales tempranas de la presencia de artritis reumatoide u otras enfermedades autoinmunes. Al reconocer estos síntomas bucales en una etapa inicial, los profesionales de la salud pueden derivar a los pacientes a un reumatólogo para una evaluación más completa, permitiendo un diagnóstico y tratamiento oportunos.

2. Vinculación entre enfermedades: Las enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoide, a menudo comparten mecanismos subyacentes y factores inflamatorios. Estudiar cómo las manifestaciones bucales y la artritis reumatoide están relacionadas puede proporcionar una comprensión más profunda de las conexiones entre sistemas del cuerpo y ayudar a identificar posibles estrategias terapéuticas compartidas.

3. Impacto en la calidad de vida: Las manifestaciones bucales, como la sequedad bucal, las úlceras orales y la enfermedad periodontal, pueden causar incomodidad, dolor y dificultades en la alimentación y el habla. Al abordar estas cuestiones, se mejora la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, lo que contribuye a un bienestar general y a una mejor adherencia al tratamiento.

4. Prevención de complicaciones: La enfermedad periodontal y otras afecciones bucales pueden tener un impacto negativo en la salud general de una persona. Las infecciones orales y la inflamación pueden agravar la respuesta inflamatoria sistémica en pacientes con artritis reumatoide y aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares y articulares.

5. Enfoque multidisciplinario: El estudio de la relación entre las manifestaciones bucales y la artritis reumatoide fomenta la colaboración entre distintas disciplinas médicas, como la reumatología y la odontología. Un enfoque multidisciplinario permite un tratamiento integral y personalizado para los pacientes, abordando tanto los aspectos orales como los sistémicos de la enfermedad.

6. Desarrollo de terapias específicas: Comprender cómo las manifestaciones bucales están relacionadas con la artritis reumatoide puede llevar al desarrollo de tratamientos específicos dirigidos a reducir la inflamación oral y su impacto en la progresión de la enfermedad reumática.

En última instancia, el estudio de las manifestaciones clínicas bucales en relación con la artritis reumatoide contribuye a una mejor atención médica integral para los pacientes, promoviendo un abordaje holístico que tiene en cuenta tanto los síntomas articulares como los

bucales. Esta investigación puede mejorar la calidad de vida de los pacientes, prevenir complicaciones y abrir nuevas vías terapéuticas para el manejo de ambas condiciones médicas.

1.1.1 Origen de los problemas bucales:

Hay muchos factores que pueden contribuir a los problemas bucales, incluyendo:

- **Mala higiene bucal:** La mala higiene bucal es la causa principal de los problemas bucales. Cuando no se cepilla los dientes correctamente o no usa hilo dental con regularidad, la placa puede acumularse en los dientes. La placa es una película pegajosa que contiene bacterias que pueden causar caries y enfermedad de las encías.
- **Dieta:** Una dieta alta en azúcares y carbohidratos refinados puede contribuir a los problemas bucales. Estos alimentos alimentan las bacterias en la placa, lo que puede provocar caries y enfermedad de las encías.
- **Tabaco:** El tabaco es una de las principales causas de los problemas bucales. Fumar puede causar cáncer oral, enfermedad de las encías y mal aliento.
- **Factores genéticos:** Algunas personas son más propensas a desarrollar problemas bucales que otras. Esto puede deberse a

factores genéticos, como la forma de sus dientes y encías.

- **Enfermedades crónicas:** Algunas enfermedades crónicas, como la diabetes y la enfermedad de las encías, pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas bucales.

La investigación en torno a los orígenes de los problemas bucales se destaca como una cuestión de vital importancia debido a su profundo impacto en la salud y el bienestar general de las personas. Más allá de su repercusión en la cavidad oral, estas afecciones pueden desencadenar consecuencias que se extienden a lo largo del cuerpo. Este enfoque investigativo se justifica por varias razones cruciales.

Uno de los aspectos preponderantes es la necesidad de prevención y educación. Un conocimiento profundo de cómo se desarrollan los problemas bucales posibilita la identificación de factores de riesgo, lo que a su vez facilita la adopción de medidas preventivas pertinentes. La educación acerca de la higiene oral, los hábitos dietéticos y otros comportamientos saludables se torna esencial para evitar que muchas afecciones bucales se conviertan en problemas más complejos y debilitantes.

Otra perspectiva clave es el impacto que los problemas bucales pueden ejercer en la salud general. La enfermedad periodontal, por ejemplo, ha sido vinculada a un incremento en el riesgo de

enfermedades cardiovasculares, diabetes y complicaciones durante el embarazo. La comprensión de cómo estos problemas bucales se conectan con la salud sistémica resulta de vital importancia para la adopción de enfoques integrales en la atención médica.

La mejora de la atención médica también se erige como un resultado directo de la investigación en este campo. Al comprender los orígenes subyacentes de los problemas bucales, los profesionales de la salud pueden ofrecer tratamientos más precisos y personalizados. Al abordar las causas profundas de estas afecciones, es posible diseñar estrategias terapéuticas más eficaces y brindar recomendaciones específicas, adaptadas a las circunstancias particulares de cada paciente.

El potencial de identificar tempranamente enfermedades sistémicas es otra ventaja destacada de este estudio. En muchos casos, ciertas afecciones bucales pueden constituir señales tempranas de problemas de salud más amplios. La recurrencia de úlceras orales, por ejemplo, puede estar relacionada con enfermedades autoinmunes. La investigación en este campo permite a los profesionales de la salud derivar a los pacientes a exámenes exhaustivos para detectar y tratar condiciones sistémicas en sus etapas iniciales.

Asimismo, la investigación sobre los orígenes de los problemas

bucal puede generar avances en el desarrollo de tratamientos. La comprensión de los procesos biológicos y las causas subyacentes de estas afecciones abre nuevas posibilidades para diseñar terapias específicas y enfoques innovadores de tratamiento. La búsqueda de soluciones más efectivas para abordar estos problemas tiene el potencial de mejorar sustancialmente la calidad de vida de las personas afectadas, aliviando el dolor, la incomodidad y las limitaciones en la alimentación y el habla.

Problemas que causa la placa bacteriana en la salud bucal

Las bacterias son organismos unicelulares que han existido en la Tierra durante miles de millones de años. Algunas bacterias son beneficiosas para los humanos, mientras que otras pueden causar enfermedades. Las enfermedades causadas por bacterias se originan cuando las bacterias ingresan al cuerpo y comienzan a multiplicarse. Las bacterias pueden ingresar al cuerpo a través de la piel, las vías respiratorias o el tracto digestivo. Una vez que las bacterias están en el cuerpo, pueden causar una variedad de síntomas, dependiendo de la ubicación de la infección.

La placa bacteriana es una película pegajosa que se forma sobre los dientes cuando no se cepillan los dientes con regularidad. Está compuesta por bacterias, saliva y restos de comida. Si no se

elimina, la placa puede resistir y convertirse en sarro. El sarro es una capa dura que se adhiere a los dientes y es difícil de eliminar con el cepillado.

La placa bacteriana y el sarro pueden causar una serie de problemas de salud bucal, incluyendo:

Caries: La placa bacteriana produce ácidos que pueden atacar el esmalte de los dientes, provocando la formación de caries.

Gingivitis: La gingivitis es una inflamación de las encías. Se caracteriza por enrojecimiento, hinchazón y sangrado al cepillarse los dientes.

Periodontitis: La periodontitis es una infección de las encías que puede provocar la destrucción del hueso alveolar, que sostiene los dientes. Si no se trata, la periodontitis puede provocar la pérdida de dientes.

Mal aliento: La placa bacteriana puede y el sarro producir compuestos azufrados que tienen un olor desagradable.

Para prevenir los problemas de salud bucal causados por la placa bacteriana, es importante cepillarse los dientes dos veces al día durante dos minutos, usar hilo dental una vez al día y visitar al dentista

al menos dos veces al año.

Origen de las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas tienen su aparición por múltiples factores como los estilos de vida, pero también están consideradas las patologías preexistentes crónicas sin tratar, de las cuales en su mayoría se encuentran en la cavidad bucal, las mismas que al ocasionar molestias tolerables a las personas, éstas no les dan el tratamiento y la atención necesaria.

De acuerdo con nuestra experiencia y percepción, las personas de nuestro medio habitualmente asisten a los servicios odontológicos solamente cuando les aqueja grandes molestias, al ser evaluados se detectan gran cantidad de restos radiculares, dientes abscedados, enfermedad periodontal, las cuales, al no ocasionar dolor pese a las recomendaciones del profesional de la salud, el tratamiento es postergado para más adelante por el propio paciente.

Las enfermedades crónicas son un grupo de enfermedades que duran mucho tiempo y pueden causar discapacidad. La genética juega un papel en el desarrollo de algunas enfermedades crónicas, pero el estilo de vida también es importante. Los factores de estilo de vida que pueden aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas incluyen:

- Dieta poco saludable
- Falta de ejercicio
- Tabaquismo
- Abuso de alcohol
- Estrés
- Exposición a la contaminación del aire
- Exposición a ciertos productos químicos

Las enfermedades crónicas pueden causar una variedad de síntomas, dependiendo de la enfermedad específica. Algunos de los síntomas más comunes incluyen: Dolor, fatiga, dificultad para respirar, tos, diarrea, náuseas y vómitos, pérdida de peso, cambios en la piel, la memoria, el estado de ánimo entre otras.

Las enfermedades crónicas pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que las padecen. Pueden causar discapacidad, pérdida de ingresos y muerte prematura.

Hay una serie de cosas que puede hacer para prevenir las enfermedades crónicas, incluyendo:

- Llevar una dieta saludable
- Hacer ejercicio regular
- No fumar
- Limitar el consumo de alcohol

- Manejar el estrés
- Protegerse de la contaminación del aire
- Evitar la exposición a ciertos productos químicos
- Hacerse exámenes médicos regulares

Si tiene alguna enfermedad crónica, es importante que trabaje con su médico para controlar la enfermedad y prevenir complicaciones.

Así mismo nuestra percepción bibliográfica nos indica que las enfermedades crónicas más prevalentes de la actualidad tales como las cardiovasculares, las reumáticas, cáncer, enfermedades respiratorias y otras más, comparten los mismos factores de riesgo. (1).

Enfermedades reumáticas:

Es el caso de las enfermedades reumáticas en sus modalidades crónica y agresiva, se caracterizan por una desregulación de la respuesta inflamatoria e inmune lo cual se sugiere sucede por la infección de bacterias específicas de la boca, lo cual podría acelerar el proceso destructivo de la enfermedad reumática.

Las enfermedades reumáticas son un grupo de afecciones que afectan las articulaciones, los músculos, los tendones y otros tejidos conectivos. Estas afecciones pueden causar dolor, inflamación, rigidez y otros síntomas.

Las enfermedades reumáticas más comunes incluyen: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, artritis psoriásica, osteoartritis, espondiloartritis, fibromialgia, enfermedad de Lyme, artritis reumatoide juvenil entre otras. Las causas de las enfermedades reumáticas no se entienden completamente, pero se cree que pueden estar relacionadas con una combinación de factores genéticos, ambientales e impermeables.

No existe cura para las enfermedades reumáticas, pero hay tratamientos que pueden ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Estos tratamientos pueden incluir medicamentos, terapia física, ejercicio y cambios en el estilo de vida.

La importancia de investigar las enfermedades reumáticas radica en su amplio y profundo impacto en la salud y el bienestar de las personas. Estas afecciones, que afectan al sistema musculoesquelético y a menudo involucran respuestas autoinmunes, presentan una serie de razones que respaldan la necesidad de comprenderlas a fondo.

En primer lugar, la prevalencia y la carga global de las enfermedades reumáticas no pueden ser pasadas por alto. Con una presencia extendida en todo el mundo y una incidencia en aumento debido a diversos factores, estas enfermedades representan un desafío

significativo en la esfera de la salud pública. Investigarlas es fundamental para abordar su creciente impacto en la población.

La diversidad de trastornos que engloban las enfermedades reumáticas también subraya la importancia de su estudio. Desde condiciones como la artritis reumatoide hasta el lupus eritematoso sistémico, cada una tiene características únicas en términos de síntomas, causas y enfoques terapéuticos. Un conocimiento profundo de estas afecciones permite a los profesionales de la salud ofrecer diagnósticos precisos y tratamientos adecuados para cada paciente.

Además, el impacto en la calidad de vida no puede ser subestimado. Las enfermedades reumáticas pueden ocasionar dolor crónico, inflamación y discapacidad, afectando negativamente la capacidad de las personas para llevar a cabo actividades diarias y participar plenamente en la sociedad. Comprender cómo estas afecciones afectan la vida cotidiana es esencial para abogar por tratamientos más efectivos y mejorar el bienestar de los pacientes.

La dificultad en el diagnóstico de muchas enfermedades reumáticas es un desafío adicional que justifica su investigación continua. La amplia gama de síntomas y la falta de pruebas diagnósticas definitivas pueden retrasar la identificación temprana y el tratamiento adecuado. Investigaciones continuas en esta área pueden

llevar al desarrollo de biomarcadores y técnicas diagnósticas más precisas, permitiendo una atención médica más oportuna y efectiva.

Los mecanismos subyacentes de estas afecciones también requieren atención. Dado que muchas enfermedades reumáticas tienen bases autoinmunes o inflamatorias, estudiar los procesos biológicos subyacentes puede proporcionar información valiosa sobre las causas fundamentales y potenciales objetivos para tratamientos más específicos.

La investigación en enfermedades reumáticas también ha dado lugar al desarrollo de terapias innovadoras. El diseño de tratamientos dirigidos y medicamentos biológicos ha transformado la atención para muchos pacientes, mejorando sus síntomas y ralentizando la progresión de la enfermedad. Continuar explorando estas condiciones es fundamental para seguir avanzando en enfoques terapéuticos y mejorar la calidad de vida de los afectados.

Además, las implicaciones económicas no deben pasarse por alto. Las enfermedades reumáticas tienen un impacto financiero significativo en términos de costos de atención médica, bajas laborales y discapacidad. La investigación puede arrojar luz sobre los aspectos económicos de estas afecciones y ayudar a desarrollar estrategias para abordar su carga financiera.

Si cree que puede tener una enfermedad reumática, es importante que vea un médico para que le haga un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

Pocos de los tipos de enfermedades reumáticas pueden ser tratadas con éxito, la mayoría de ellas solo pueden ser atenuadas y son consideradas de larga data, la mejor actuación frente a las enfermedades es evitar su aparición es decir prevenirlas, para lo cual debemos confirmar posibles relaciones, por lo que nos hacemos las siguientes interrogaciones:

1.2 Formulación del planteamiento del problema

1.2.1 Problema general

¿Existe relación entre las manifestaciones clínicas bucales con la artritis reumatoide, de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM? Juliaca. 2020?

1.2.2 Problemas específicos

¿Existe relación entre la gingivitis con la artritis reumatoide, de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM? Juliaca. 2020?

¿Existe relación entre la periodontitis crónica con la artritis reumatoide, de pacientes que acuden al consultorio de reumatología

del HCMM? Juliaca. 2020?

¿Existe relación entre la xerostomia con la artritis reumatoide, de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM? Juliaca. 2020?

¿Existe relación entre la estomatitis aftosa con la artritis reumatoide, de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM? Juliaca. 2020?

1.3 Justificación de la investigación

Nuestro trabajo de investigación, al encontrar escasos similares, tiene la originalidad pertinente puesto que pretendemos estudiar las manifestaciones clínicas bucales relacionadas con artritis reumatoide diagnosticada.

Actualmente se viene teniendo especial preocupación por el crecimiento demográfico de la población adulta pues el aumento de este grupo etéreo se viene incrementando año tras año mientras que la población infantil viene disminuyendo, generando una pirámide poblacional inversa.

Este hecho trae como consecuencia el cambio epidemiológico de las enfermedades en cuanto a su prevalencia, puesto que por la mayor densidad poblacional del grupo adulto implica que las lesiones

crónicas tales como la hipertensión arterial, la diabetes, los cánceres, las enfermedades reumáticas estén entre las 10 primeras causas de morbilidad y por tanto empiezan a ser la mayor preocupación del sistema de salud. (2)

La cavidad bucal representa parte de singular importancia en la salud general de las personas, las diversas patologías que se presentan en esta, representan molestias y malestar en las personas lo cual les obliga a recurrir a la atención odontológica, por otro lado también existen enfermedades de lento proceso las cuales generalmente no representan molestias pero si evidencian signos y síntomas, pero por este hecho las personas no le prestan la atención debida y permiten que se perennicen en su cavidad bucal con repercusiones a nivel sistémico.(3)(4)

El tema a estudiar lo consideramos de gran relevancia actual puesto que las enfermedades crónicas degenerativas van tornándose como la gran preocupación del sistema de salud actual, los tratamientos desarrollados en la actualidad simplemente logran controlar y paliar la enfermedad en base a medicación de por vida y cambios en los estilos de vida, más aún no se ha logrado descubrir la curación definitiva, los tratamientos presuponen un presupuesto grande para el estado, por lo que éste intenta crear políticas públicas para disminuir su aparición.

Los resultados de nuestra investigación contribuirán de gran manera con la acumulación de conocimientos sistematizados y comprobados, para que puedan ser tomados en cuenta en el momento en que los decisores políticos pretendan generar normativas respecto a la salud de los adultos, cuando se tenga que sustentar presupuestos, y de igual manera para que el profesional de salud en el momento de la atención base sus decisiones de tratamientos preventivos en la teoría que pretendemos crear.

De igual manera, y dependiendo de nuestros resultados, evaluaremos la posibilidad de formular un protocolo de atención del paciente con enfermedad periodontal crónica.

Así mismo con la presente investigación pretendo alcanzar el peldaño soñado por toda persona en su etapa de formación el cual es conseguir el título profesional de Cirujano Dentista, me permitirá obtener experiencia en la metodología de la investigación para que en un adelante no muy lejano pueda continuar realizando mas investigaciones, profundizando en el tema y adquiriendo mayor sapiencia para poder solucionar los problemas de nuestra sociedad.

1.4 Limitaciones de la investigación

La principal limitante que henos podido determinar es la escasez de trabajos de investigación similares, tanto a nivel

odontológico como a nivel médico, los conceptos utilizados son tomados de la bibliografía escasa que existe con respecto al tema en la actualidad.

La otra limitante probablemente sea solicitar al paciente del servicio de reumatología un tiempo adicional para pasar a la evaluación odontológica que en algunos casos necesitará de evaluaciones radiográficas.

Así mismo no todos los pacientes están en la predisposición de participar en un trabajo de investigación pues presuponen que serán comprometidos en algún aspecto de sus vidas.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación de las manifestaciones clínicas bucales con la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020

1.5.2 Objetivos específicos

Determinar la relación de la gingivitis con la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020.

Determinar la relación de la periodontitis crónica con la artritis

reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020.

Determinar la relación de la xerostomia con la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020

Determinar la relación de la estomatitis aftosa con la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020.

CAPÍTULO II

2 TEORIAS Y ANTECEDENTES

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Peña M, Peña L, Calzado M, Rodríguez Y, Santos L. (2012).
(5) Investigaron en Cuba, en 26 pacientes con focos infecciosos a nivel de la cavidad oral, que presentaron “uveitis” que fueron atendidos al servicio de Odontología del Establecimiento de Salud “Juan Bruno Zayas” durante el periodo de mayo a diciembre 2011, metodología un estudio de tipo, descriptivo, transversal, donde evaluaron a 26 sujetos de estudio las infecciones la boca, asociadas a dicha lesión y su importancia del tratamiento odontológico.

Los datos se obtuvieron por medio de las técnicas las entrevistas y observación clínica, instrumentos utilizados, sus historias clínicas y estudio radiográfico para evaluar la presencia de procesos infecciosos, como lesiones cariosas, pulpitis, lesiones periodontales, emplearon el programa estadístico SPSS 10.

Resultados a los que arribaron todos los sujetos de estudio, presentaron algún tipo de proceso infeccioso en la cavidad oral, con mayor frecuencia, encontraron las lesiones periodontales, periapicales

sobre todo en las piezas dentarias postero, superiores. Concluyeron la agudeza visual tuvo mejoría por el tratamiento dental y oculista. (5)

Ramos-García V, Otero-Rey E, Blanco-Carrión. (6) estudiaron la relación entre las lesiones periodontales y la artritis reumatoidea, considerando que las lesiones periodontales crónicas y las artritis son procesos inflamatorios crónicos que se caracterizan por la destrucción de los tejidos, destrucción ósea y producción por la pérdida de tejidos, la resorción ósea y la elaboración de mediadores químicos de la inflamación como son las “citoquinas”.

Siendo su propósito de evaluar la relación de dichas lesiones inflamatorias y su influencia del tratamiento de una lesión en relación con la otra. Metodología y materiales : realizaron una revisión sistemática de la etiopatogenias de la Artritis Reumatoidea y Enfermedad Periodontal y todos las características de ambas lesiones siendo sus Resultados: al analizar las teorías de ambas lesiones mostraron similitud en ambas lesiones como en su patogenia, etiología como son los microorganismos patógenos “Porphyromonas” “gingivalis”, y los mediadores de la inflamación , como la proteína reactiva C, demostraron ser un factor importante en la Artritis Reumatoidea.

Las lesiones periodontales son factores importantes en la

respuesta al tratamiento de estos pacientes con artritis reumatoidea. Concluyeron: ambas lesiones características comunes. La frecuencia de las lesiones periodontales (Enfermedad Periodontal) se presenta en pacientes con “Artritis Reumatoidea” y Pacientes con esta lesión presentaron más frecuencia de lesiones periodontales. Aunque el control de las enfermedades periodontales por medio de tratamiento periodontal no quirúrgico favorece la remisión de signos y síntomas de ambas lesiones, faltan estudios más implacables con mayor número de muestra y de más tiempo de duración (6)

Rangil J. (7) estudio las Manifestaciones bucales de los pacientes con artritis reumatoide. Siendo el propósito relacionar las 2 lesiones, el mayor porcentaje de investigadores demostraron que las lesiones periodontales y la artritis reumatoide se asocian entre ellos, manifestando que la condición es la inflamación en el paciente siendo el vínculo de unión entre estas 2 patologías, cuyo propósito es evaluar la relación entre lesiones periodontales y artritis reumatoide, y, evaluar el nivel de severidad de lesiones periodontales y los posibles factores condicionantes de la artritis reumatoide, Materiales y metodología utilizada, diseño utilizado de caso control, estudio prospectivo, en la primera fase estudio las variables bucales, periodontales, índices, “bolsas periodontales”, “pérdida de inserción” gingival, y “las sialometrias” en todos los sujetos de estudio en 146 sujetos de estudio, 73 con artritis reumatoide y otros 73 grupo

control.

En un segundo periodo, se conformaron 30 sujetos de estudio en cada grupo, de forma aleatoria para evaluar la saliva para lo cual seleccionaron de forma aleatoria donde se evaluó la IL-6 y como afectaron las dimensiones periodonto, la saliva de forma múltiple a las patologías. Encontraron un incremento en las medidas de biofilm, bolsas periodontales profundas, pérdida de inserción clínica, disminución significativa en las medidas de “bolsas” “fisiológicas” “saliva de reposo y saliva parotídea estimulada para pacientes” con enfermedad.

Demostró que los parámetros que más influían para poder pacientes con artritis, 60% con probabilidad de tener dicha lesión, fue: la placa dentobacteriana, “las bolsas 1-3 mm., de 4-5 mm”, la pérdida de inserción El índice de biofilm fue uno de los parámetros que diferencia de la artritis respecto al grupo control riesgo de presentar dicha lesión casi 7 veces se elevaba. Por dichas razones concluyo lo siguiente:

- Los pacientes con artritis reumatoide no presento un mayor índice “CAOD” que los del grupo control.
- El índice de placa se presentó incrementado en los pacientes con lesión, indicando una higiene dental deficiente de dichos

sujetos de estudio.

- Los índices de sangrado gingival no encontraron desacuerdos entre los 2 grupos.
- Los pacientes con artritis reumatoide demostraron más profundo en las “bolsas periodontales” y mayor prevalencia de “bolsas periodontales” (4-5mm) que el grupo control.
- Los índices de “pérdida de inserción” demostraron incrementados en los sujetos de estudio con la lesión frente a los que no presentaron.
- Los pacientes que fueron diagnosticados con “artritis reumatoide” demostraron tener una más frecuencia de lesiones periodontales que los del otro grupo (7).

Gloria Cristina Aránzazu M., Yecenia Carvajal A., Erika Andrea Moreno A., Denisse Sarmiento O., Alix Milena Suárez M. (8) Realizaron un estudio en Bucaramanga denominado “Manifestaciones orales en pacientes con artritis reumatoide” en pacientes que asistieron al Instituto de Rehabilitación de Reumatología con el propósito de evaluar las condiciones buco faciales y bucodental de pacientes que padecen artritis reumatoide, materiales y metodología , realizaron un estudio descriptiva, observacional, en una muestra de 48 pacientes con dicha lesión, se demostró la frecuencia de las lesiones en el examen extra oral , lesión de la articulación temporomandibular, en el examen intraoral, los índices de caries y placa, estado periodontal

e interpretación radiográfica.

Llegaron a los siguientes resultados se evaluaron 48 pacientes, 77.08% de sexo mujer, con una edad en un rango de 48.7 años. Donde demostraron que a nivel de la cabeza 22.9% la mayor anormalidad en el cuero cabelludo; el 60.42% dolor articular bilateral en la articulación temporomandibular, 37.5% observaron lesiones a nivel de la mucosa oral. 50% de las personas encontraron “bolsas de 4 a 5mm” con “cálculos subgingivales”. Al realizar las interpretaciones radiográficas 19.05% de las piezas dentarias presentaron raíz delgada; el 42.86% encontraron en la parte posterior de los maxilares hipercementosis; el 11.90%, un espacio reducido articular. Concluyeron: las lesiones a nivel de la mucosa yugal demostraron una frecuencia incrementada a nivel de mucosa yugal. Así mismo el mayor % de los pacientes presentaron el peligro de adquirir las lesiones periodontales (8)

Otto Alemán Miranda; Alfredo Aput Noya; Yamila Domínguez Rodríguez; José Jardón Caballero. (3) estudiaron las “Manifestaciones maxilofaciales en pacientes con artritis reumatoide” definieron que las artritis reumatoide es una patología sistémica inflamatoria de carácter crónica caracterizada por ser una lesión “autoinmune” que podría repercutir en la boca manifestándose con signos y síntomas propósito de su trabajo, evaluar las alteraciones de

la boca en estos pacientes método utilizado: realizó un investigación de tipo observacional, descriptivo pacientes, en 25 con diagnóstico de artritis reumatoide, a quienes le seleccionaron por el tipo de muestreo aleatorio simple, atendidos en el Servicio de Reumatología del Establecimiento de Salud de “Santiago de Cuba”, en los meses de septiembre 2016 a febrero 2017, a dichos pacientes les evaluaron por medio de un examen clínico intra y extra oral. Resultados: en la Cavidad Intraoral Encontraron en 84.0% alteraciones en el periodonto de protección 40.0% seguido del periodonto de inserción en relación a las alteraciones extraorales, fueron mínimas, con una leve alteración en la región parotídea 32,0, las alteraciones que encontraron fueron las alteraciones en 80.0% de la articulación temporomandibular, y 84.0% lesiones periodontales, 12,0 %, con maculas y ulceraciones concluyeron : que se identificaron alteraciones a nivel de la cavidad oral, como lesiones periodontales, alteraciones de la A.T,M, que repercuten en la Salud de dichos pacientes . (3)

2.1.2 Antecedentes nacionales

Magali Cardiel Ríos; Alicia Pons Bonals. (4), estudiaron la importancia del manejo multidisciplinario de los paciente con lesión periodontales y artritis debido a que estas 02 patologías se relacionan por considerarse lesiones inflamatorias, crónicas e autoinmunes, porque se produce un desequilibrio inmunológico del paciente por lo que necesitan diagnosticar y tratar en forma oportuna, para prevenir

su avance dichas lesiones afectan la calidad de vida, siendo su objetivo demostrar la importancias que tienen el manejo multidisciplinario de profesionales de salud como Periodontólogos y Reumatólogos en el diagnóstico y solución de estas lesiones.

Realizo una investigación sistematizada para lo cual realizaron la búsqueda de Bibliografía con una data de 5 años atrás en plataforma de datos “NCBI (National Center for Biotechnology Information)”, buscaron en el DECS las palabras clave: “enfermedad periodontal”, “artritis reumatoide”, “citrulinación”, “disbiosis oral” y “Porphyromonas” “gingivalis”, consultando 52 artículos, se realizó análisis crítico de estos artículos y elaboraron de mapas conceptuales, sistematizándolo la información lo organizaron de acuerdo las características de cada lesión, características que compartieron y aspectos clínicos para su manejo en el tratamiento o prevención por Periodoncistas y Reumatólogos.

Como resultado dio a conocer que las lesiones inflamatorias periodontales y las Artritis Reumatoide produce destrucción de los órganos del sistema masticatorio y locomotor, originado por microorganismos, se necesita el manejo de profesionales de salud con enfoque interdisciplinario en forma preventiva y terapéutico para dar tratamiento para dichos procesos inflamatorios teniendo en cuenta las condiciones de riesgo que originan.

Es por lo que concluyo, existe una relación significativa entre la lesión periodontal y artritis reumatoide, por lo que es necesario el manejo entre estos profesionales considerando los factores como son: edad, estado periodontal, antecedentes familiares, hereditarios, prevención de las condiciones de riesgo afectando de la “calidad de vida” de dichos pacientes. (4)

2.1.3 Antecedentes locales

Nadia Sánchez Condori. (9) estudio en la ciudad de Puno en el año 2017, con el propósito de evaluar la presencia de agentes infectantes en la cavidad oral, asociado a la periodontitis Juvenil los materiales y métodos tipo de estudio, transversal, descriptivo, en

50 pacientes seleccionados por medio del muestreo no probabilístico, de ambos sexos, entre las edades de 18 a 35 años, mediante la técnica de observación, y por medio de la ficha clínica realizo, el análisis estadístico, se estableció mediante de χ^2 cuadrado. Siendo sus resultados: en los sujetos de estudio del Servicio de Odontología la frecuencia de agentes infectantes son considerados en el agente infectante A1, 12% los factores anatómicos del diente como la mala posición dentaria, A2, 72% las prótesis ó obturaciones sobre extendidas, A3 44% reabsorción cervical y/o radicular Y dentro de los tipos de Periodontitis que se presentaron en la boca, 88% periodontitis juvenil localizada, los agentes infecciosos de boca se

relacionan con el tipo de Periodontitis Juvenil. Concluyó la presencia de “agentes infectantes de la cavidad bucal están asociado significativa a Periodontitis Juvenil”. (9)

2.2 Marco teórico

2.2.1 Enfermedad periodontal

Se puede definir como una lesión de origen infeccioso que se localiza a nivel de la gingiva y de las estructuras del soporte de las piezas dentarias “ligamento y hueso alveolar”. (10)(6)(11)

La enfermedad periodontal, también conocida como enfermedad de las encías, es una afección crónica que afecta los tejidos que rodean y soportan los dientes. Esta enfermedad es una de las principales causas de pérdida dental en adultos y puede tener un impacto significativo en la salud bucal y general de una persona.

La enfermedad periodontal se desarrolla en etapas, comenzando con la gingivitis, que es la inflamación de las encías debido a la acumulación de placa bacteriana en la línea de las encías. La gingivitis puede causar enrojecimiento, hinchazón y sangrado de las encías durante el cepillado o el uso del hilo dental. Sin embargo, si no se trata, la gingivitis puede progresar a una forma más avanzada de enfermedad periodontal conocida como periodontitis.

En la periodontitis, la inflamación se extiende más

profundamente en los tejidos que rodean el diente. Las encías se separan de los dientes, creando espacios llamados bolsas periodontales que se llenan de bacterias y placa. Con el tiempo, el sistema inmunológico del cuerpo responde a esta infección, lo que lleva a la degradación del hueso y los tejidos que sostienen los dientes. Esto puede provocar una pérdida gradual de dientes y una deformación de la estructura de la mandíbula.

Las causas principales de la enfermedad periodontal son la acumulación de placa bacteriana y la falta de una higiene oral adecuada. Sin embargo, también existen factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de desarrollar esta enfermedad, como el tabaquismo, la diabetes, la genética, los cambios hormonales (como durante el embarazo), ciertas enfermedades inmunológicas y algunos medicamentos que reducen la producción de saliva.

Es importante abordar la enfermedad periodontal de manera temprana para evitar complicaciones graves. La prevención y el tratamiento incluyen mantener una buena higiene oral, que involucra cepillado regular, uso del hilo dental y visitas periódicas al dentista para limpiezas profesionales. En casos más avanzados, puede ser necesario realizar procedimientos periodontales para limpiar las bolsas periodontales y restaurar la salud de los tejidos afectados.

2.2.1.1 Etiología:

Las lesiones periodontales son producidas por algunas bacterias que provienen de la “placa subgingival” y dentro de los microorganismos anaeróbicos gran negativos que son muy importantes para el inicio de esta lesión se consideran: “Porphyromonas”, “Prevotella”, estos microorganismos juegan un papel primordial en el inicio y evolución de las enfermedades periodontales, el mayor porcentaje de estas bacterias encontradas se desarrollan en la superficie en forma de biofilm. (12)

2.2.1.2 Clasificación:

Según la Asociación Americana de Periodoncia: (13)

Gingivitis:

- “Gingivitis relacionada a la placa bacteriana”
- “Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda”.
- “Gingivitis inducida por hormonas esteroideas”.
- “Gingivitis inducida por fármacos”.
- “Gingivitis asociado a alteraciones sanguíneas”.
- “Gingivitis descamativa”.

Periodontitis.

- “Lesión periodontal del adulto”.
- “Lesión periodontal de inicio temprano”.
- “Periodontitis localizada”.

- Periodontitis generalizada.
- Lesiones periodontales juveniles.
- Lesiones periodontales sistémicas.
- Lesiones ulcerativas necrotizantes. (13)

Gingivitis:

Se caracteriza por una inflamación en diversos grados de intensidad a nivel de la encía o gingiva pero sin afectar los tejidos de soporte del diente:(14) (15)

1. Gingivitis localizada: cuando la lesión afecta $\leq$ al 30%.
2. Gingivitis generalizada: cuando afecta $>$ al 30% de la encía.

2.2.1.3 Etiología de la enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal tiene un origen multifactorial, aunque la acumulación de placa es el factor principal (24). Otros factores actúan como factores etiológicos secundarios, favorecen la propagación y el desarrollo de las enfermedades periodontales, como son por ejemplo los factores anatómicos (surcos de desarrollo, el tronco corto, restauraciones sobre obturadas y/o mal pulidas) (25). También encontramos factores sistémicos y el estrés (26).

Ciertas variaciones genéticas se han relacionado con una mayor susceptibilidad a padecer enfermedad periodontal, lo que hace que ciertos individuos sean más propensos a desarrollar esta afección (26). El consumo de tabaco se ha relacionado con alteraciones de la función inmunitaria, dando mayor susceptibilidad a desarrollar

periodontitis (25). Ciertos cambios hormonales de la pubertad, del embarazo y de la menopausia, pueden aumentar la probabilidad de inflamación e irritación de las encías (27).

Determinados fármacos, como los antidepresivos, antihistamínicos, diuréticos y medicamentos para la hipertensión pueden causar sequedad de boca como efecto secundario y pueden aumentar la susceptibilidad de las encías a la inflamación y la infección (25)

Periodontitis:

La enfermedad periodontal contribuye significativamente a la carga internacional de enfermedades bucales y es una de las enfermedades dentales más importantes que afectan a la sociedad humana con altas tasas de prevalencia (28). El setenta por ciento de la población mundial ha presentado daños en los tejidos de soporte periodontal (29).

La periodontitis es una forma avanzada y más grave de enfermedad periodontal, también conocida como enfermedad de las encías. Esta afección afecta los tejidos que rodean y soportan los dientes, incluyendo las encías, el hueso y las fibras de soporte. La periodontitis se caracteriza por una inflamación crónica y la formación de bolsas periodontales, que son espacios entre los dientes y las encías donde se acumulan bacterias y placa.

A medida que la periodontitis avanza, las encías se separan más de los dientes, lo que permite que las bacterias entren en las bolsas periodontales y cause una infección más profunda. Esta infección activa una respuesta del sistema inmunológico, que junto con las bacterias y toxinas, puede comenzar a degradar el hueso y los tejidos que sostienen los dientes. Con el tiempo, esto puede llevar a la pérdida de dientes y a la deformación de la estructura de la mandíbula.

Los síntomas de la periodontitis pueden variar y pueden incluir encías rojas, hinchadas o sensibles, sangrado durante el cepillado o el uso del hilo dental, mal aliento persistente, recesión de las encías, sensibilidad dental al frío o calor, cambios en la forma en que los dientes encajan al morder, y dientes flojos. Es importante tener en cuenta que en las etapas iniciales, la periodontitis puede ser indolora y puede pasar desapercibida hasta que los síntomas se vuelvan más evidentes.

Los factores de riesgo para desarrollar periodontitis incluyen una higiene oral deficiente, acumulación de placa bacteriana y sarro, fumar o masticar tabaco, diabetes no controlada, cambios hormonales (como en el embarazo), ciertas enfermedades inmunológicas, genética y el envejecimiento. Además, la periodontitis no solo afecta la salud bucal, sino que también se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades sistémicas como enfermedades cardíacas, diabetes y

complicaciones durante el embarazo.

El tratamiento de la periodontitis depende de la gravedad de la enfermedad. En las etapas iniciales, una buena higiene oral, que incluye cepillado y uso del hilo dental, junto con limpiezas profesionales regulares, puede ser suficiente para detener su progresión. En casos más avanzados, puede ser necesario realizar procedimientos periodontales, como raspado y alisado radicular, para limpiar las bolsas periodontales y eliminar la placa y el sarro acumulados. En situaciones severas, se pueden requerir cirugías periodontales para reparar los tejidos dañados y regenerar el hueso perdido.

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria que involucra los tejidos dentales de soporte, lo que lleva a una gran destrucción de las uniones del tejido conectivo y el hueso alveolar (30) Es un proceso de carácter crónico que compromete el “periodonto de inserción, ligamento del periodonto, hueso del alveolo y cemento radicular”. (31)

Periodontitis apical aguda

Clínicamente, un diente con periodontitis apical aguda es sensible a la percusión y el dolor se siente con la presión. La periodontitis apical aguda también puede ser clasificada como

periodontitis apical aguda primaria y secundaria. La periodontitis apical aguda primaria puede aparecer radiográficamente normal o con un ligero engrosamiento del espacio del ligamento periodontal, mientras que la periodontitis apical aguda secundaria puede tener una radiolucidez que rodea el ápice y pérdida de la lámina dura. (32)

El sello distintivo de sus formas crónicas es la formación de una lesión apical osteolítica de origen endodóntico, y la presentación clínica más frecuente es la periodontitis apical asintomática. (33) Nobuhara y del Río mostraron que el 59.3% de las lesiones perirradiculares eran granulomas, 22% quistes, 12% cicatrices apicales y 6.7% otras patologías. (34)

Periodontitis crónica:

Es considerada la inflamación de la gingiva y el tejido de soporte, afectando significativamente el tejido gingival, el “ligamento del periodonto”, el hueso y el cemento, siendo sus signos y síntomas los siguientes: (16)(8)

- Inflamación de la gingiva.
- Hemorragia al sondaje.
- Presencia de bolsa periodontal.
- Falta de “inserción gingival”.
- Destrucción ósea radiográfica. (8)

Periodontitis agresiva:

Se observa en el mayor porcentaje de pacientes menores de 35 años, se caracteriza por el avance veloz de la destrucción periodontal que se observa en pacientes jóvenes. Se caracteriza por los siguientes síntomas: (16)

- Presentan destrucción periodontal.
- Se observa pérdida de inserción y pérdida ósea severa en forma rápida.
- Durante la destrucción periodontal existen microorganismos.
- Existen manifestaciones inflamatorias como fagocitadas.
- Se observa niveles elevados de mediadores químicos inflamatorios como las citoquinas.
- A nivel de los macrófagos hay un incremento de la respuesta con alta producción de IL1 β . (16)

Se clasifican en:

Periodontitis agresiva localizada:

Se caracteriza por presentarse durante el periodo de la pubertad y comprometiendo a los incisivos y primeros molares.

Periodontitis agresiva generalizada:

Este tipo de gingivitis se caracteriza por afectar a pacientes

menores de 30 años afectando no solo a nivel de la encía y primeros molares, afecta más de 3 dientes adicionales. (16)(17)

2.2.1.4 Manifestaciones clínicas:

En algunos pacientes las lesiones periodontales pueden no presentar síntomas, pero sin embargo el cirujano dentista debe conocer los signos y síntomas de alerta, antes de que esta lesión progrese y dentro de ellas debemos tener los siguientes síntomas:

- Encías inflamadas de color rojizo.
- Sangrado de encías durante el cepillado dental o al aplicar la sonda.
- Aumento del líquido crevicular.
- Gingivas que no se encuentran adheridas a los dientes.
- Piezas dentarias con movilidad o diastemas.
- Secreción purulenta a nivel de la encía y el diente.
- Presencia de halitosis.
- Dolor.
- Alteración en la oclusión. (18)(19)

2.2.1.5 Pruebas para el diagnóstico de periodontitis:

Medición de la profundidad del surco o bolsa periodontal: Se utiliza el método clínico de exploración con una sonda periodontal para ver la profundidad clínica o la distancia en la cual este instrumento ingresa en la bolsa desde el margen de la encía hasta la

adherencia del epitelio o fondo de bolsa, los valores de la medida se dan en mm que nos indica la no existencia de la adherencia del epitelio en el límite esmalte, siendo el valor normal de esta profundidad de 1 a 1.5 mm. (18)

Para poder controlar estas manifestaciones clínicas y se recomienda principalmente el control de higiene bucal, raspaje y alisado radicular, complementado con terapia antibiótica sistémica y local. La terapia quirúrgica depende de los casos. La terapia de mantenimiento es imprescindible para lograr mejores resultados. La pronta identificación de esta patología puede ayudar a prevenir una pérdida temprana de dientes (36). Es importante garantizar la adecuada atención, prevención, diagnóstico y tratamiento de la periodontitis en los establecimientos de salud, a fin de disminuir el riesgo del deterioro funcional del sistema estomatognático y sus repercusiones a nivel sistémico. (35)

Perdida de nivel de adherencia clínica epitelial: El grado de adherencia a nivel de la base de la bolsa es un parámetro muy importante para el diagnóstico de la lesión periodontal porque mide la distancia entre el surco de la bolsa y el margen gingival. (18)

El nivel de adherencia se evalúa o se mide desde la unión cemento, esmalte hacia el fondo de la bolsa o surco y ofrece mejor

indicación acerca de la severidad de la enfermedad periodontal. (18)

Sangrado al sondaje: Este parámetro es muy importante para el diagnóstico de la gingivitis y la lesión periodontal. Se evalúa mediante un instrumento denominado sonda periodontal, es muy importante evaluar mediante los índices como el de Loe Silness.

Movilidad dental: Es un indicador en el diagnóstico de la lesión periodontal, se manifiesta como producto de la pérdida de los tejidos de soporte del diente, la movilidad dental patológica se observa en dirección buco lingual o buco palatina y con menos frecuencia en relación mesiodistal. Se evalúa la movilidad dentaria con el índice de Miller. (18).

Pérdida o disminución del hueso alveolar: Este parámetro se evalúa por medio de un examen radiológico, evaluando la pérdida de la cantidad de hueso perdido a nivel de los rebordes óseos y evaluando el hueso residual. (18)

2.2.2 Artritis reumatoide

La artritis reumatoide se define como una lesión sistémica de carácter inflamatoria, crónica caracterizada por una prevalencia de 0.3 a 1.2% de la población y su índice de incidencia se encuentra entre 6 a 10 casos por año x 100000 personas. (20)

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta principalmente las articulaciones, aunque también puede tener impactos sistémicos en el cuerpo. Esta afección se caracteriza por la inflamación de las articulaciones, lo que puede resultar en dolor, hinchazón, rigidez y pérdida de función en las zonas afectadas. A medida que progresa, la artritis reumatoide puede causar daño estructural en las articulaciones y limitar la calidad de vida de quienes la padecen.

Aunque las causas exactas de la artritis reumatoide aún no se comprenden completamente, se cree que es el resultado de una respuesta inmunológica anormal. El sistema inmunológico ataca por error las membranas sinoviales que recubren las articulaciones, provocando inflamación crónica y, con el tiempo, daño en los tejidos y cartílagos articulares. Esto puede llevar a deformidades articulares, disminución de la movilidad y dolor constante.

Los síntomas de la artritis reumatoide pueden variar ampliamente y afectar diferentes articulaciones en el cuerpo. Las articulaciones más comúnmente afectadas incluyen las manos, muñecas, codos, rodillas y tobillos. La rigidez matutina es un síntoma característico, con las articulaciones rígidas y doloridas en las primeras horas del día. Además del impacto en las articulaciones, la artritis reumatoide puede tener efectos sistémicos, afectando órganos

internos como los pulmones, el corazón y los ojos.

El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son cruciales para ralentizar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica, pruebas de laboratorio y técnicas de imágenes, como radiografías y resonancias magnéticas. El tratamiento de la artritis reumatoide puede involucrar una combinación de medicamentos para reducir la inflamación y el dolor, controlar la respuesta inmunológica y prevenir el daño articular. En algunos casos, la terapia física y ocupacional también puede ser parte del enfoque de tratamiento.

La artritis reumatoide es una enfermedad heterogénea y su curso puede variar ampliamente entre los individuos. Algunas personas pueden experimentar remisiones, períodos en los que los síntomas disminuyen o desaparecen, mientras que otras pueden tener síntomas persistentes y un curso más progresivo de la enfermedad. La investigación continua en este campo busca mejorar la comprensión de la enfermedad y desarrollar tratamientos más efectivos y personalizados.

2.2.2.1 Criterios de Clasificación de la artritis reumatoide:

Según American College

- Cuando el paciente presenta durante la mañana rigidez

articular de 1 hora o más.

- Pacientes con artritis de 3 o más grupos articulares. Los pacientes deben tener por lo menos 3 grupos articulares inflamados en forma simultánea y diagnosticados por un médico.
- Pacientes con artritis en las articulaciones en las manos. Al menos una de las articulaciones de las manos debe estar inflamados.
- Pacientes con artritis simétrica: Afectando en forma simultánea al mismo grupo articular.
- Pacientes con nódulos reumatoides subcutáneos o en prominencias óseas.
- Pacientes con factor reumatoide en suero donde se observa valores elevados a nivel de la sangre de factor reumatoide.
- Alteraciones radiográficas, los pacientes presentan alteraciones radiográficas típicas de la artritis. (20)(19)
- Cuando el paciente presenta durante la mañana rigidez articular de 1 hora o más.
- Pacientes con artritis de 3 o más grupos articulares. Los pacientes deben tener por lo menos 3 grupos articulares inflamados en forma simultánea y diagnosticados por un médico.
- Pacientes con artritis en las articulaciones en las manos. Al

menos una de las articulaciones de las manos debe estar inflamados.

- Pacientes con artritis simétrica: Afectando en forma simultánea al mismo grupo articular.
- Pacientes con nódulos reumatoides subcutáneos o en prominencias óseas.
- Pacientes con factor reumatoide en suero donde se observa valores elevados a nivel de la sangre de factor reumatoide.
- Alteraciones radiográficas, los pacientes presentan alteraciones radiográficas típicas de la artritis. (20)

2.2.2.2 Manifestaciones clínicas de la artritis:

Una manifestación característica es el inicio insidioso con inflamación y dolor de las articulaciones juntamente con la rigidez en las mañanas, demostrada o manifestándose con una lentitud o dificultad para mover las articulaciones en las mañanas, al levantarse de la cama o permanecer por largo periodo en la misma posición, suelen inflamarse las articulaciones de las manos de los pies, hombros, codos. (20)

- ✓ **Formas de comienzo:** Dependiendo de la instalación existen diversas formas de comienzo de los síntomas. (20)
- ✓ **Formas frecuentes:** En relación con la velocidad de instauración de los síntomas lo podemos dividir en:

- ✓ **Forma de inicio lento o insidioso:** El 70% de los pacientes pueden iniciar con esta forma observando la inflamación en forma lenta a nivel de las articulaciones, se tornan dolorosas con tumefacción, durante varias semanas o meses, se observa la rigidez matutina en forma precoz.
- ✓ **Forma de inicio agudo:** El 70% de los pacientes pueden iniciar con esta forma observando la inflamación en forma lenta a nivel de las articulaciones, se tornan dolorosas con tumefacción, durante varias semanas o meses, se observa la rigidez matutina.
- ✓ **Forma de inicio intermedio:** Los síntomas se establecen en periodos de días a meses. (20)

2.2.2.3 De acuerdo con el número de articulaciones: (20)

- a) **Inicio poli-articular:** Este tipo de inicio poli articular se caracteriza por comprometer más de 4 articulaciones en forma bilateral y simétrico
- b) **Inicio mono-articular:** Se caracteriza por afectar una sola articulación generalmente afecta articulaciones grandes como las rodillas, hombros o caderas.
- c) **Inicio extra-articular:** Esta lesión se inicia como una enfermedad sistémica como anemia, pérdida de peso, debilidad general, decaimiento, fiebre, astenia. (20)

- **Formas especiales:**

- a) **Reumatismo palidromico:** Se caracteriza por presentar dolores articulares en una o más articulaciones por horas o días con periodos libres de síntomas entre días y meses.
- b) **De predominio sistémico:** Los pacientes con artritis reumatoide con numerosas manifestaciones extraarticulares, son pacientes con dolores articulares intensos.
- c) **Pacientes de edad avanzada:** Este tipo de artritis se presenta en adultos mayores con mayor frecuencia en el sexo masculino que en el sexo femenino, los síntomas incluyen dolores articulares, generalmente fuera de las articulaciones, estas lesiones se presentan en forma lenta. Al realizar el análisis del factor reumatoide es negativo.

2.2.2.4 Manifestaciones bucales en la artritis reumatoide: (21)

Las manifestaciones bucales más prevalentes en el curso de la artritis reumatoide son:

- Ulceras o aftas bucales: Estas ulceras se caracterizan por estar ubicadas en el paladar blando que dura entre 10 a 15 días.
- Enfermedad gingival:
- Enfermedad de las mucosas.
- Glositis.
- Queilitis.
- Síndrome de Sjogren. (21)

2.2.2.5 Relación entre la enfermedad periodontal y la artritis

reumatoide

Según estudios demostraron que existe asociación entre las lesiones periodontales y las lesiones inflamatorias sistémicas, dentro de ellas la artritis reumatoide.

Existiendo entre las dos una relación bidireccional, los pacientes que cursan la artritis reumatoide tienen mayor incidencia de lesiones periodontales o en forma contraria, tanto la artritis reumatoide como la enfermedad periodontal tiene diversas características comunes como son: de carácter multifactorial, autoinmune, de carácter inflamatorio. (21)

2.2.2.6 Relación inflamatoria entre las dos lesiones:

Diversos estudios que se realizaron encontraron una similitud entre la artritis reumatoide y la periodontitis, ambos presentan procesos inflamatorios crónicos, que destruyen los tejidos de soporte del diente y las articulaciones de las manos y pies, además presentan una reacción inflamatoria exagerada con un número considerable de células de la inflamación y sustancias químicas como las citoquinas, existiendo una relación que se ha denominado el doble golpe, donde el primer golpe es una inflamación extra sinovial el que se produce en la lesión periodontal, seguido por un doble golpe que se produce en las articulaciones producido en la artritis reumatoide, también se ha observado alteraciones micro vasculares que se presentan en las dos

lesiones. (7)(21)(22)

2.3 Hipótesis y variables

2.3.1 Hipótesis general

Existe relación directa y significativa entre las manifestaciones clínicas bucales y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020

2.3.2 Hipótesis específicas

- Existe relación directa y significativa entre la gingivitis y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020
- Existe relación directa y significativa entre la periodontitis crónica y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020.
- Existe relación directa y significativa entre la xerostomia y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020.
- Existe relación directa y significativa entre la estomatitis aftosa y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020

2.3.3 Variables e indicadores

Variable 1: Periodontitis crónica

Variable 2: Enfermedades reumáticas

3.3. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	CRITERIO DE VALORACIÓN
Variable 1 Manifestaciones clínicas bucales	1.1 Gingivitis	1.1.1 No presenta	0
		1.1.2 Leve	0.1-1
		1.1.3 Moderada	1.1-2
		1.1.4 Severa	2.1-3
	1.2 Periodontitis crónica	1.2.1 No presenta	0
		1.2.2 Leve	1-2 mm CAL
		1.2.3 Moderada	3-4 mm CAL
		1.2.4 Severa	> 5 mm CAL
	1.3 Xerostomía	1.3.1 Saliva viscosa	Presente/ Ausente
		1.3.2 Sequedad de labios, lengua y mucosa	Presente/ Ausente
		1.3.3 fisuras	Presente/ Ausente
		1.3.4 lengua depapilada	Presente/ Ausente
		1.3.5 Queilitis angular	Presente/ Ausente
	1.4 Estomatitis aftosa	1.4.1 Estomatitis aftosa menor	Presente/ Ausente
		1.4.2 Estomatitis aftosa mayor	Presente/ Ausente
		1.4.3 Ulceras herpetiformes	Presente/ Ausente
Variable 2 Artritis reumatoide	2.1 Artritis reumatoide	2.1 Temprana 2.2 Tardía	Presente Ausente

CAPÍTULO III

3 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Nuestro estudio del cual hicimos uso fué el relacional, cuyo objetivo es describir hechos y luego analizar las relaciones de éstos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Transversal
- Prospectivo
- Analítico
- Observacional

3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

El método que utilizamos es cuantitativo, en vista de que las respuestas fueron cuantificadas en números ordinales para ser analizadas estadísticamente.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

La población a la cual analizamos estuvo integrada por los

pacientes que asistieron al servicio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, de acuerdo con información facilitada por la Unidad de estadística e informática de la institución la atención es a demanda y se tiene un promedio anual de 576 pacientes nuevos y reingresantes.

3.4.2 Muestra

- El tipo de muestreo que se utilizó es el muestreo probabilístico estratificado, que tiene como base el principio de “equiprobabilidad” lo que nos indica que todos los conformantes de la población poseen igual probabilidad de ser elegido.
- Para establecer el tamaño de la muestra se asumió un nivel de confianza de 95% y aceptando un error de muestreo de 0.05%.
- De esta manera la muestra obtenida según fórmula indica que deberemos evaluar a 144 personas.

3.5 Criterios de selección

3.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos géneros.
- Pacientes que acuden al servicio reumatología del HCMM.
- Pacientes diagnosticados con artritis reumatoide.
- Pacientes dentados.
- Quienes deseen participar en la investigación

3.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes desdentados.
- Pacientes que no correspondan al grupo etario.
- Pacientes sin diagnóstico de enfermedad reumática.
- Personas con enfermedades mentales.
- Pacientes que no tengan alguna otra enfermedad sistémica.
- Pacientes que utilizan algún tipo de prótesis dentaria.

3.6 Técnicas e instrumentos de investigación

3.6.1 Técnicas

Se dirigió un documento solicitando la autorización del director del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca para que podamos constituirnos al servicio de Reumatología en el cual, nos entrevistamos con los médicos especialistas en Reumatología para indicarles los puntos más importantes de nuestra investigación tales como son el problema y nuestros objetivos además también se solicitó su participación con el asesoramiento técnico.

De igual manera se solicitó la capacitación por parte de un especialista en periodoncia puntualmente en el tema de llenado de periodontograma para obtener la destreza necesaria y evitar posibles errores involuntarios.

Una vez que el paciente es atendido por el especialista en reumatología y habiendo constatado en su historia clínica que ha sido diagnosticado con artritis reumatoide, en sus formas temprana o tardía; procedimos a seleccionar nuestros sujetos de estudio según los criterios, seleccionamos a los pacientes que pudieron participar en nuestra investigación, a los cuales se les dio una explicación con respecto al trabajo que realizamos, los que aceptaron firmaron el consentimiento informado.

Procedimos a aplicar los instrumentos pertinentes a nuestra investigación:

Para la variable 1 manifestaciones clínicas bucales se utilizó el instrumento que consta de una ficha de observación donde se consignaron los datos personales del paciente en su dimensión gingivitis; periodontitis crónica, utilizamos la ficha de inspección clínica denominado periodontograma el cual nos proporcionó datos como margen gingival, unión cemento adamantino, profundidad al sondaje, sangrado al sondaje, placa y el nivel de inserción clínica, también fué meritorio utilizar radiografías utilizando la técnica byte wing.

Se procedió a realizar el sondaje periodontal para lo cual fue necesario la utilización de la sonda periodontal y lápices de color rojo

y azul anotando minuciosamente los hallazgos clínicos, estos datos junto con los exámenes auxiliares nos condujeron a la posibilidad de emitir el diagnóstico definitivo en cuanto a la periodontitis crónica.

En cuanto al indicador xerostomia se tuvo una ficha de recolección de datos, por cuanto a cada paciente se le solicitó escupir en un vaso descartable lo cual nos dio como resultado la cantidad basal de saliva, luego se estimuló con algún cítrico para que escupa en un nuevo vaso descartable el cual fue rotulado con en nombre y cantidad estimulada de saliva, ambas fueron medidas y se consideró xerostomia cuando obtuvimos valores inferiores a $\square$ 0,1 ml/min basal y $\square$ 0,3-04 estimulado, cantidades mayores fue considerada como ausencia de xerostomia.

Para el indicador estomatitis aftosa se utilizó también la ficha de recolección de datos de la inspección clínica de la cavidad bucal del paciente para lo cual se deberá respetar los siguientes criterios: estomatitis aftosa menor: Cuando se observa una o múltiples úlceras con características en forma redonda u ovalada, de tamaño de menos de 5 mm de diámetro, superficiales, recubiertas por una “pseudomembrana” de color blanquecina grisácea y rodeado con un halo eritematoso con una elevación ligera, dolorosa sin otros síntomas generales.

Estomatitis aftosa mayor

Se observa entre 1 y 10 úlceras de tamaño mayor, habitualmente mayor a 1 cm. de diámetro, con características diversas de forma redondeada u ovalada, o en otros casos de forma irregular, sobre todo cuando optan un tamaño más grande. El fondo tiene más profundidad que en las úlceras aftosas menores. Pueden presentar en los mismos sitios, de la mucosa, pero poseen predilección por la mucosas del paladar blando, el istmo de las fauces, labios. es doloroso puede acompañarse de otros síntomas disfagia y disfonía.

Estomatitis herpetiforme:

Cuando observamos en las mucosas de la cavidad oral presencia de numerosas úlceras de 10 a 100 o de pequeño tamaño, entre 1 y 3 mm. Dolorosas. Para la variable enfermedades reumáticas utilizamos el instrumento de recolección en el cual transcribimos el diagnóstico emitido por el especialista médico reumatólogo.

3.6.2 Instrumento

Como instrumento se utilizó el periodontograma para poder determinar el tipo de enfermedad periodontal, estos instrumentos son de uso clínico cotidiano del Cirujano Dentista y está normalizado por el Ministerio de Salud, así mismo nos sirvió de insumo la historia clínica del paciente lugar en el que el especialista reumatólogo luego

de sus exámenes minuciosos escribe el diagnóstico del paciente.

3.6.3 Fuentes

Para recopilar la información necesaria utilizamos las fuentes primarias puesto que tuvimos contacto directo con el paciente.

3.7 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

3.7.1 Validez del instrumento

Al ser un instrumento utilizado cotidianamente además de estar normado y validado para su uso universal se realizó la validación por juicio de tres expertos en cuanto a su estructura pertinencia y ordenamiento.

3.7.2 Confiabilidad del instrumento

En cuanto a la determinación de la confiabilidad del instrumento utilizamos una prueba piloto la cual estuvo constituida por el 10% de nuestra muestra.

3.8 Procedimiento para la recolección de datos

Se confeccionó una solicitud dirigida al director del hospital Carlos Monge Medrano para que se nos permita utilizar las instalaciones de dicho nosocomio para realizar el proceso de obtención de datos.

Se asistió al servicio de reumatología correctamente

uniformados, con nuestro instrumento documental, sonda periodontal, espejo bucal, lápices de colores, para la obtención de radiografías nos constituimos al servicio de odontología del Hospital Carlos Monge Medrano.

3.9 Diseño de contrastación de hipótesis

Para realizar la contrastación de las hipótesis el instrumento utilizado fue el software SPSS versión 24.

3.10 Tratamiento estadístico de datos

Para efectuar la contrastación de hipótesis, se empleó la estadística no paramétrica llamada chi cuadrado a dos variables, concretamente en nuestro estudio, la prueba de homogeneidad.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados que pongo a consideración fueron obtenidos luego de un escrupuloso análisis, acompañados de una interpretación que en realidad refleja la evaluación de las manifestaciones clínicas bucales y su relación con la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca 2020, se realizó el procesamiento estadístico configurando para ello cuadros y tablas.

Tabla N° 01

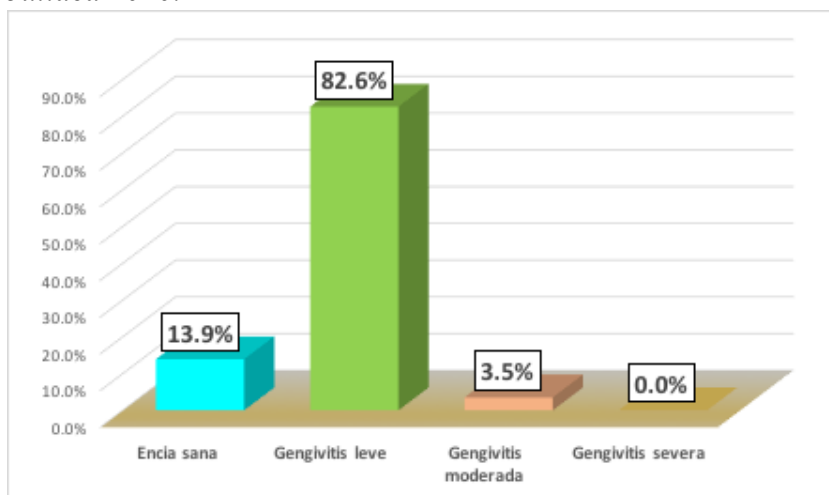
Distribución porcentual de la gingivitis de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.

Gingivitis	f	%
Encía sana	20	13.9
Gingivitis leve	119	82.6
Gingivitis moderada	5	3.5
Gingivitis severa	0	0.0
Total	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

Gráfico N° 01

Distribución porcentual de la gingivitis de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores.

En el cuadro y gráfico N° 01 se demuestra de manera porcentual la gingivitis de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano podemos apreciar que de nuestra muestra de 144 pacientes el 82.6%, (119) es decir la mayoría, fue diagnosticada con gingivitis leve mientras que el 13.9% o sea 20 pacientes no presentaron ninguna alteración gingival es decir tuvieron la encía sana, finalmente las menor parte que corresponde al 3.5% o sea 5 pacientes presentaron gingivitis moderada, en esta tabla se puede verificar que ninguno de los pacientes tuvieron gingivitis severa.

Tabla N° 02

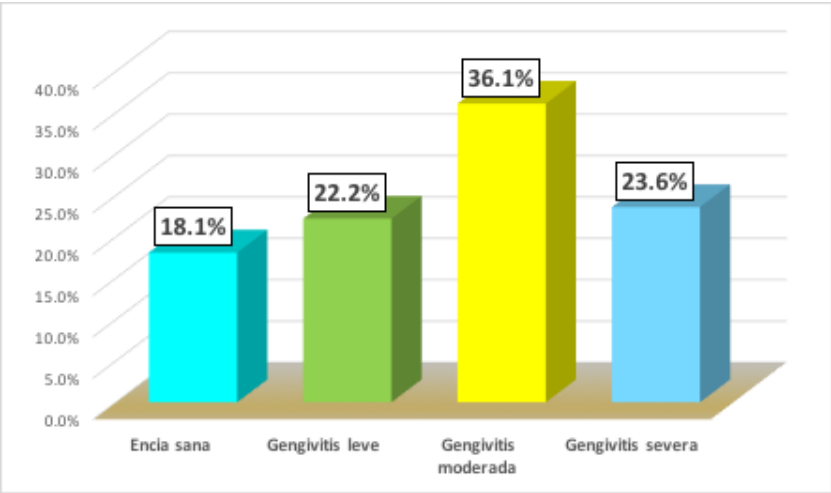
Distribución porcentual de la periodontitis crónica de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.

Periodontitis crónica	f	%
No presenta	26	18.1
Leve	32	22.2
Moderada	52	36.1
Severa	34	23.6
Total	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

Gráfico N° 02

Distribución porcentual de la periodontitis crónica de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

En el cuadro y gráfico N° 02 se muestra de manera porcentual el resultado de la evaluación de la periodontitis crónica de personas

que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano. Podemos expresar que, del total de nuestra muestra de 144 personas, la mayor parte, es decir el 36.1% que representan a 52 personas presentan periodontitis crónica moderada, mientras que el 23.6% es decir 23 personas tienen periodontitis crónica severa; por otra parte, el 22.2% que implican a 32 unidades de estudio tuvieron periodontitis crónica leve; finalmente. la menor cantidad de individuos es decir 18.1% que corresponde a 26 evaluados no presentan periodontitis crónica.

Tabla N° 3

Distribución porcentual de la xerostomía de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.

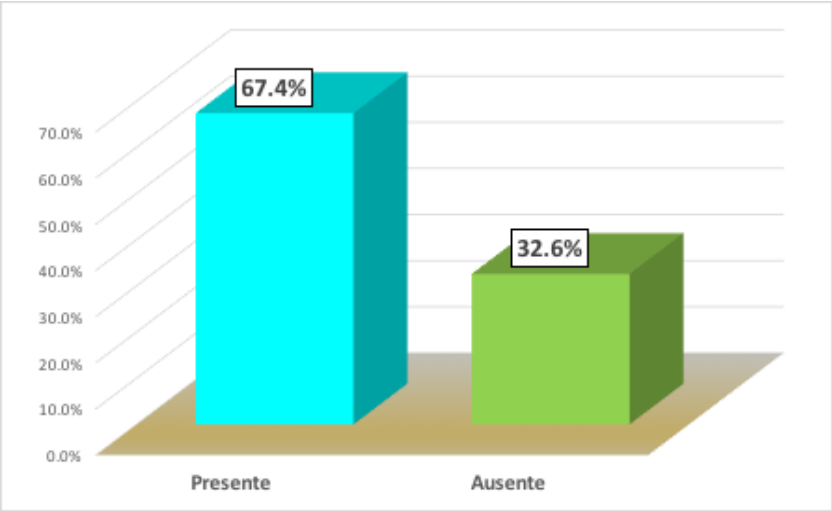
Xerostomía	f	%
Presente	97	67.4
Ausente	47	32.6
Total	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

En el cuadro y gráfico N° 03 que evalúa la frecuencia y porcentaje de la xerostomía de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Podemos apreciar que del total de nuestra muestra constituida por 144 personas la mayor parte representados por el 67.4% es decir 97 evaluados presentan xerostomía; el 32.6% que representa a 47 individuos no presentan xerostomía.

Gráfico N° 03

Distribución porcentual de la xerostomía de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

Tabla N° 04

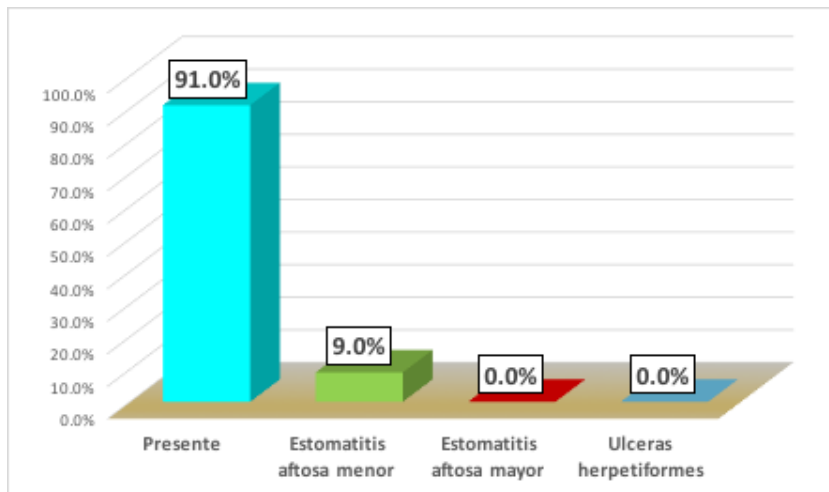
Distribución porcentual de la estomatitis aftosa de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.

Estomatitis aftosa	f	%
Ausente	131	91.0
Estomatitis aftosa menor	13	9.0
Estomatitis aftosa mayor	0	0.0
Úlceras herpetiformes	0	0.0
Total	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

Gráfico N° 04

Distribución porcentual de la estomatitis aftosa de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge



Medrano. Juliaca 2020.

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

En el cuadro y gráfico N° 04 que evalúa la presencia y tipología de la estomatitis aftosa de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Podemos identificar que la gran mayoría es decir el 91.0% que representa a 131 pacientes no tienen estomatitis aftosa; así mismo el 9% que representa a 13 personas de nuestra muestra tienen evidencia de presentar estomatitis aftosa menor por otro lado, no hubo casuística de pacientes con estomatitis aftosa mayor ni mucho menos con úlceras herpetiformes.

Tabla N° 05

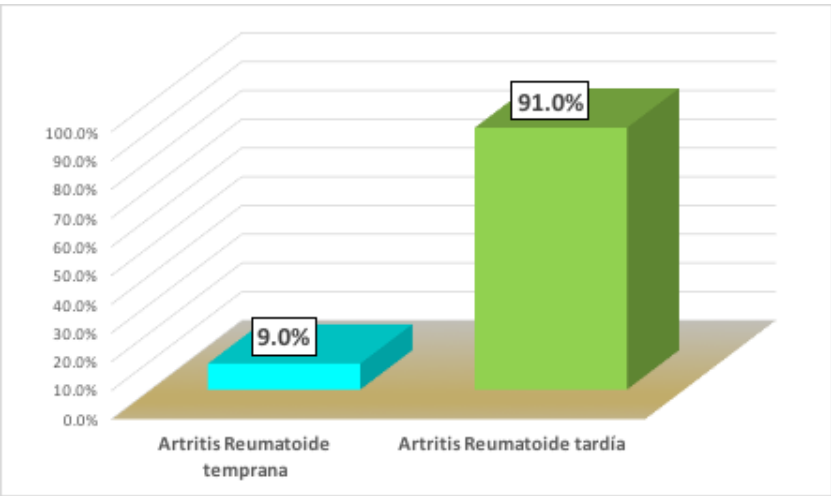
Distribución porcentual de la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.

Artritis reumatoide	f	%
Artritis reumatoide temprana	13	9.0
Artritis reumatoide tardía	131	91.0
Total	144	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

GRÁFICO N° 05

Distribución porcentual de la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

En el cuadro y gráfico N° 05 que evalúa la artritis reumatoide de los pacientes que acuden al consultorio de reumatología del

Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, podemos verificar que, de un total de 144 evaluados, una predominancia de quienes tienen artritis reumatoide tardía pues el 91.0% es decir 131 personas fueron diagnosticadas de esta manera, mientras que solo el 9% o sea 13 pacientes tienen artritis reumatoide temprana.

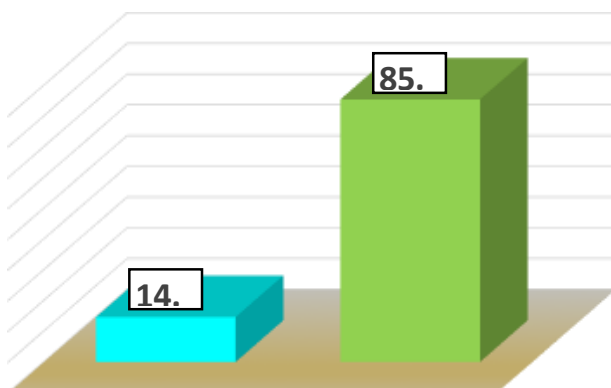
TABLA N° 06

Distribución porcentual de las manifestaciones clínicas bucales de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.

Manifestaciones clínicas bucales	f	%
Ausente	21	14.6
Presente	123	85.4
Total	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores
Gráfico N° 06

Distribución porcentual de las manifestaciones clínicas bucales de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monge Medrano. Juliaca 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

En el cuadro y gráfico N° 06 que analiza la variable manifestaciones clínicas bucales de los evaluados que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Encontramos que, de nuestra muestra de 144 personas el 85.4% que representa a 123 personas se aprecian manifestaciones clínicas bucales de alguna de las patologías indicadas, mientras que el 14.6% que representa a 21 sujetos no presentan ninguna patología.

Tabla n° 07

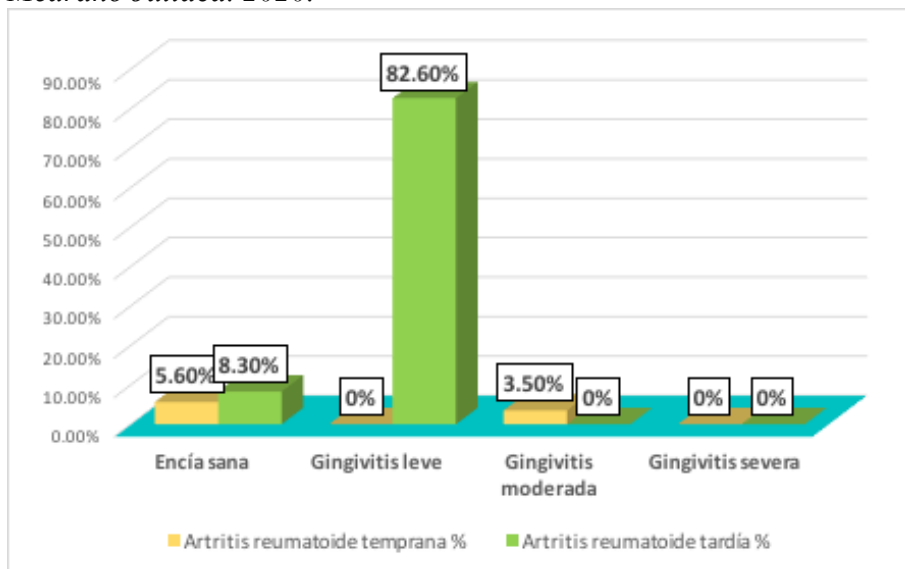
Relación entre la gingivitis y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos monje Medrano Juliaca. 2020.

Gingivitis	Artritis reumatoide					
	Artritis reumatoide temprana		Artritis reumatoide tardía		Total	
	f	%	f	%		
Encía sana	8	5.6	12	8.3	20	13.9
Gingivitis leve	0	0.0	119	82.6	119	82.6
Gingivitis moderada	5	3.5	0	0.0	5	3.5
Gingivitis severa	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	13	9.0	131	91.0	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

Gráfico N° 07

Relación entre la gingivitis y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos monje Medrano Juliaca. 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

En el cuadro y gráfico N° 07 que analiza la variable gingivitis en relación con la artritis reumatoide de los evaluados que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Encontramos que, de nuestra muestra de 144 personas el 91.0% que representa a 131 sujetos presentan artritis reumatoide tardía de los cuales el 82.6% es decir 119 personas tienen gingivitis leve; el restante 8.3% o sea 12 pacientes tienen la encía sana; no se encontró ningún evaluado con gingivitis moderada o gingivitis severa.

De igual manera, el segundo porcentaje en cuanto a cantidad

está representado por quienes presentan artritis reumatoide temprana que corresponde al 9.0% o 13 personas de los cuales el 5.6% es decir presentan la encía sana seguido del 3.5% que corresponde a 5 evaluados quienes presentan gingivitis moderada, finalmente no se presentó ningún caso de gingivitis leve ni gingivitis severa dentro de los que fueron diagnosticados con artritis reumatoide temprana.

Al realizar el análisis estadístico y la prueba de hipótesis chi cuadrado de Pearson a 2 grados de libertad, 95% de significancia nos da un valor de $p = 0.0000.005$ lo cual establece una relación de significancia entre la gingivitis y la artritis reumatoide.

Tabla N° 8

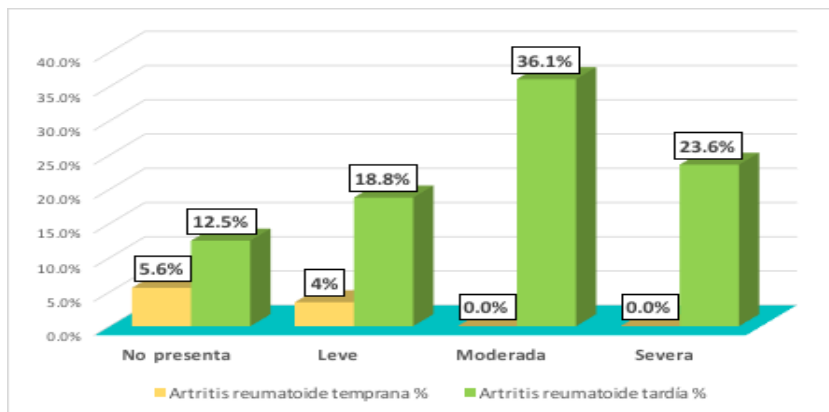
Relación de la periodontitis crónica y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos monje Medrano Juliaca. 2020.

Periodontitis crónica	Artritis reumatoide					
	Artritis reumatoide temprana		Artritis reumatoide tardía		Total	
	f	%	f	%	f	%
No presenta	8	5.6	18	12.5	26	18.1
Leve	5	3.5	27	18.8	32	22.2
Moderada	0	0.0	52	36.1	52	36.1
Severa	0	0.0	34	23.6	34	23.6
Total	13	9.0	131	91.0	144	100.0

FUENTE: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

Gráfico N° 8

Relación de la periodontitis crónica y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos monje Medrano Juliaca. 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

En el cuadro y gráfico N° 8 que interrelaciona la variable periodontitis crónica en sus diferentes modalidades con la artritis reumatoide de los pacientes que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Podemos visualizar que, de nuestra muestra de 144 personas, la mayor parte, el 91% o sea 131 personas tienen artritis reumatoide tardía y solo el 9% es decir 13 sujetos tienen artritis reumatoide temprana.

Así mismo podemos apreciar que en quienes tienen artritis reumatoide tardía el 36.1% es decir 52 personas presentan periodontitis crónica en su forma moderada; el 23.6% o sea 34 evaluados denotan periodontitis severa; el 18.8% que representa a 27

sujetos de investigación tienen periodontitis leve; así mismo el 12.5% que corresponde a 18 usuarios no presentan la periodontitis crónica.

Una cantidad menor de nuestra es decir el 9.0%, que representa a 13 personas tienen artritis reumatoide temprana de los cuales el 5.6% o sea 8 sujetos no presentan periodontitis crónica; el 3.5% es decir 5 evaluados tienen periodontitis crónica leve; finalmente no hubo ningún caso que presentara periodontitis crónica moderada o periodontitis crónica severa.

Luego de haber realizado el análisis estadístico y la prueba de hipótesis chi cuadrado de Pearson a 2 grados de libertad, 95% de significancia nos da un valor de $p = 0.000 < 0.005$ lo cual establece una relación de significancia entre la periodontitis crónica y la artritis reumatoide.

TABLA N° 9

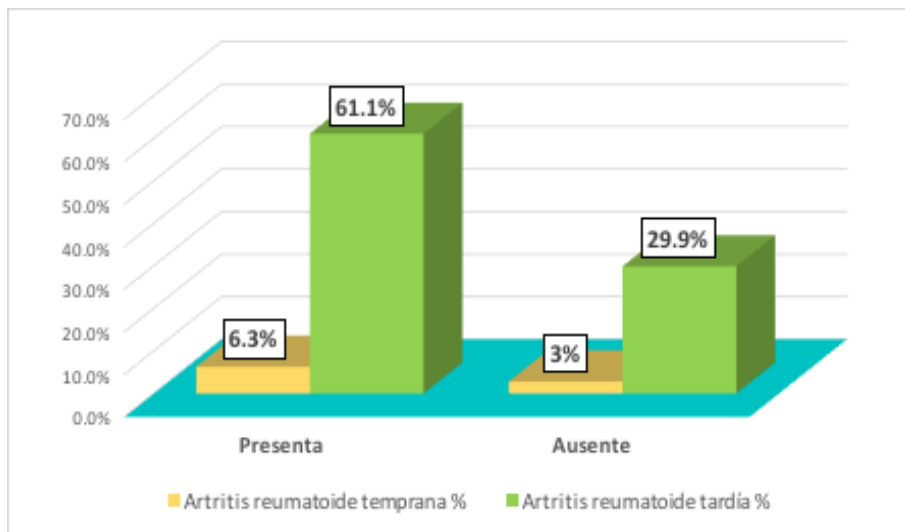
Relación de la xerostomia y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monje Medrano Juliaca. 2020.

Xerostomia	Artritis reumatoide					
	Artritis reumatoide temprana		Artritis reumatoide tardía		Total	
	f	%	f	%	f	%
Presenta	9	6.3	88	61.1	97	67.4
Ausente	4	2.8	43	29.9	47	32.6
Total	13	9.0	131	91.0	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

GRÁFICO N° 9

Relación de la xerostomia y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monje Medrano Juliaca. 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

En el cuadro y gráfico N° 9 que analiza indicadores tales como la xerostomia y su relación con la artritis reumatoide de los pacientes que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Corroboramos que un total de 144 personas, solamente el 9.0% es decir 13 evaluados tienen artritis reumatoide temprana y el restante 91.0% es decir 131 pacientes fueron diagnosticados con artritis reumatoide tardía, de igual manera, el 67.4% o sea 97 personas de nuestra muestra tienen xerostomía y el 32.6% que corresponde a 47

sujetos no la tienen.

Podemos apreciar en la tabla, que del total de pacientes que tienen artritis reumatoide temprana el 6.3% es decir p personas presentan xerostomía mientras que el 2.8% que representa a 4 individuos no la presentan.

Así mismo, del total de quienes fueron diagnosticados con artritis reumatoide tardía la gran mayoría presenta xerostomía representada por el 61.1% o sea 88 personas, y el restante 29.9% que significan 43 evaluados no la presentan.

Luego de haber realizado el análisis estadístico y la prueba de hipótesis chi cuadrado de Pearson a 2 grados de libertad, 95% de significancia nos da un valor de $p = 0.880 > 0.005$ lo cual indica que no existe una relación de causalidad entre la xerostomia y la artritis reumatoide.

Tabla N° 10

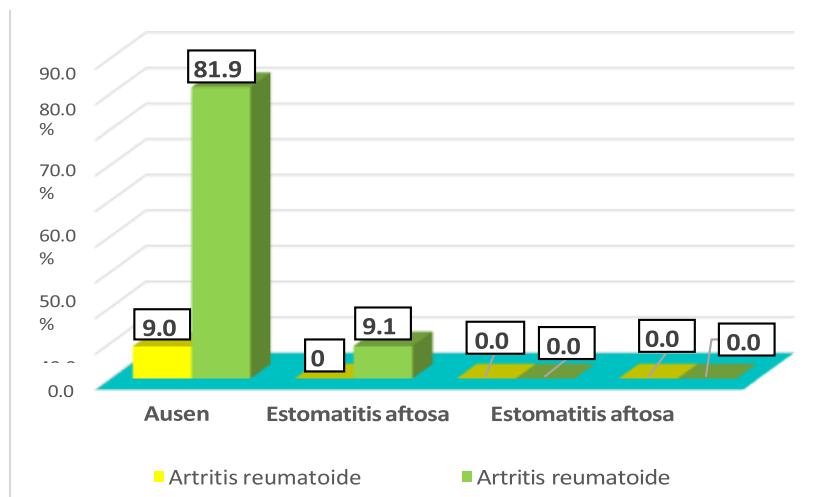
Relación de la estomatitis aftosa y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos Monje Medrano Juliaca. 2020.

Estomatitis aftosa	Artritis reumatoide				Total	
	Artritis reumatoide temprana		Artritis reumatoide tardía			
	f	%	f	%	f	%
Ausente	13	9.0	118	81.9	131	91.0
Estomatitis aftosa menor	0	0.0	13	9.0	13	9.0
Estomatitis aftosa mayor	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ulceras herpetiformes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	13	9.0	131	91.0	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

GRÁFICO N° 10

Relación de la estomatitis aftosa y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital carlos monje medrano juliaca. 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores
En el cuadro y gráfico N° 10 que relaciona las variables estomatitis aftosa y la artritis reumatoide de los pacientes que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Nos permite coleccionar que, del total de la muestra compuesta por 144 personas, prevalecen quienes tienen artritis reumatoide tardía con un 91% que corresponde a 131 personas de las cuales la estomatitis aftosa estuvo ausente en el 81.9% es decir en 118 pacientes, durante la evaluación pudimos corroborar que el 9.0% que representa a 13 personas tuvieron estomatitis aftosa menor, en cuanto a la estomatitis

aftosa mayor y las úlceras herpetiformes no se evidencio ninguna casuística.

De quienes tienen el diagnostico de artritis reumatoide temprana representados por el 9.0% es decir 13 personas, la estomatitis aftosa estuvo ausente, lógicamente en los demás rubros como son estomatitis aftosa menor, estomatitis aftosa mayor y las úlceras herpetiformes no cuentan con ningún caso positivo.

Luego de haber realizado el análisis estadístico y la prueba de hipótesis chi cuadrado de Pearson a 2 grados de libertad, 95% de significancia nos da un valor de $p = 0.234 > 0.005$ de lo que deducimos que no existe relación de causalidad entre la estomatitis aftosa y la artritis reumatoide.

Tabla N° 11

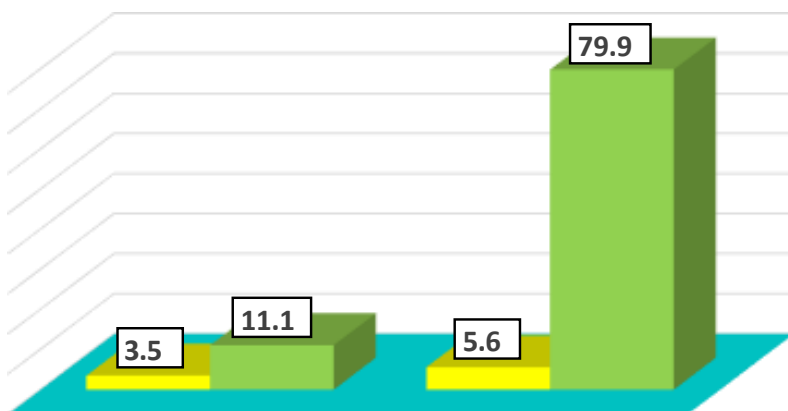
Relación de las manifestaciones clínicas bucales y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos monje Medrano Juliaca. 2020.

Manifestaciones clínicas bucales	Artritis reumatoide					
	Artritis reumatoide temprana		Artritis reumatoide tardía		Total	
	f	%	f	%	f	%
Ausente	5	3.5	16	11.1	21	14.6
Presente	8	5.6	115	79.9	123	85.4
Total	13	9.0	131	91.0	144	100.0

Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores

Gráfico N° 11

Relación de las manifestaciones clínicas bucales y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del hospital Carlos monje Medrano Juliaca. 2020.



Fuente: Matriz de Sistematización, elaborado por los investigadores
En el cuadro y gráfico N° 11 que relaciona las variables manifestaciones clínicas bucales y la artritis reumatoide de los pacientes que acuden al consultorio de reumatología del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Al realizar el análisis nos permite interpretar que, del total de la muestra compuesta por 144 personas, prevalecen quienes presentan manifestaciones clínicas bucales en un 85.4% que representa a 123 personas y en menor cantidad están quienes no las presentan en un 14.6% es decir 21 pacientes.

Del 85.4% (123 pacientes), el 5.6% es decir 8 personas tienen artritis reumatoide temprana y el 79.9% o sea 115 evaluados tienen artritis reumatoide tardía.

De quienes no presentan manifestaciones clínicas bucales el 11.1% que representa a 16 personas tienen estomatitis reumatoide tardía y el 3.5% que representa a 5 sujetos tienen el diagnóstico de artritis reumatoide temprana.

Al haber realizado el análisis estadístico pertinente junto con la prueba de hipótesis chi cuadrado de Pearson a 2 grados de libertad, 95% de significancia nos da un valor de $p = 0.011 < 0.005$ de lo que deducimos que existe relación de directa y proporcional entre las manifestaciones clínicas bucales y la artritis reumatoide.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud en la década 2000–2010 mostró una sincera preocupación por las enfermedades reumáticas declarándola como la "Década de los huesos y las articulaciones". Puesto que de acuerdo con estudios realizados a nivel global se pudo determinar que dichas patologías, afectaban casi al 32% de la población con gran predilección por el sexo femenino. (20)

Alteraciones como el lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, esclerosis sistémica, dermatomiositis, enfermedad de Behcet y artritis reumatoide, vienen a ser las patologías reumatológicas más habituales que presentan manifestaciones clínicas en la cavidad bucal, de las cuales los más destacables: ulceraciones orales, xerostomía, procesos cariosos en localizaciones raras y lesiones mucosas con particularidades propias.

En el presente estudio hemos podido demostrar que existe una relación de causalidad entre las manifestaciones bucales y la artritis reumatoide ($p=0.11$) resultados similares mencionan Reis, Nogueira, Domínguez et. Al (2) en la revisión de conocimientos de las manifestaciones orales en pacientes reumatológicos en el 2015, la interacción entre la odontología y las enfermedades reumáticas las cuales han sido denotadas por varios científicos.

Pues ha logrado demostrar que la osteoporosis disminuye la densidad ósea del maxilar inferior, lo que origina posibles fracturas

óseas en el momento de la extracción.

Así mismo concluyen que las personas, reumáticas se caracterizan por tener progresos acelerados de enfermedades periodontales, conclusiones similares encontradas en nuestro trabajo de investigación en el cual encontramos causalidad entre la enfermedad periodontal crónica y la artritis reumatoide ($p=0.000$), las cuales no concuerdan con la investigación de Ibáñez, Ferreiro, Contreras, et al del 2015 donde no se encontró relación estadísticamente significativa entre la severidad de la periodontitis y la actividad de la artritis reumatoide ($p = 0,6138$).

Guerrero, Paulina en el 2015, describió que el 100% de pacientes con artritis reumatoide ostentaban enfermedad periodontal, por otro lado, la severidad de la enfermedad periodontal, expresada en la profundidad de las bolsas gingivales (23) Martínez, et al, (13) analizaron 23 pacientes de 55 años y el 91.3% de sexo femenino. Los síntomas clínicos más frecuentes fueron la xerostomía con un 69.6%.

Los métodos más empleados para el diagnóstico fueron el factor reumatoide (78.3%) y los anticuerpos antinucleares (69.6%); mientras que los principales medicamentos empleados fueron la cloroquina y la rednisolona (cada uno con 52.2%); resultados que se contraponen a los nuestros puesto que en nuestra investigación no se ha encontrado relación entre la xerostomia y la artritis reumatoide ($p=0.880$)

CONCLUSIONES

Luego de analizar la información obtenida, he logrado establecer que existe una relación significativa ($p=0.011$) entre las manifestaciones orales y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020. (Tablas N°1 - N° 11).

Existe relación significativa ($p=0.000$) entre la gingivitis y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020. (Tablas N°1, 4 y 7)

Se ha podido determinar que existe relación significativa ($p=0.000$) entre la periodontitis crónica y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020. (Tablas N° 2 y 8)

No existe relación directa y significativa ($p=0.880$) entre la xerostomía y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020 (tabla 3, 5, 9).

No existe relación significativa ($p=0.880$) entre la estomatitis aftosa y la artritis reumatoide de pacientes que acuden al consultorio de reumatología del HCMM. Juliaca. 2020 (Tablas N°3, N° 5 y N° 10)

RECOMENDACIONES

Luego de haber culminado nuestro trabajo de investigación considero que la experiencia adquirida en el tema me permite proponer las siguientes sugerencias, con la finalidad colaborar en la modificación de la situación encontrada:

Al director de la estrategia sanitaria de salud bucal del ministerio de salud a nivel nacional, en base a la casuística y trabajos similares al nuestro, implementar protocolos de atención, para brindar una atención odontológica integral al paciente diagnosticado con artritis reumatoide.

Al decano de la facultad, establecer alianzas estratégicas con los diferentes hospitales de la región y así protocolizar campañas de detección de artritis reumatoide a todos los pacientes que presenten algún tipo de enfermedad periodontal.

Al colegio odontológico del Perú y las diferentes sociedades odontológicas realizar reuniones y conferencias periódicas para poner en consideración estudios de investigación, generando discusiones profesionales para que, en base a ellos se pueda propiciar la mejora en cuanto a la orientación de nuevos modelos de atención.

A los investigadores de odontología y medicina continuar realizando trabajos similares, puesto que la investigación del presente tema es aún incipiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Escudero-castaño n, Perea García, Vascones- Martínez a. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Av Periodon Implant [Internet]. 2008 [cited 2018 Jul31];20(1): 2737.Availablefrom: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original2.pdf>
2. Reis TRC, Nogueira BML, Domínguez MCL, de Menezes SAF, da Silva e Souza P de AR, Menezes TO de A. Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatológicos: una Revisión de los Conocimientos. Int J Odontostomatol. 2015;9(3):413–8.
3. Alemán Miranda O, Aput Noya A, Domínguez Rodríguez Y, Jardón Caballero J, Nápoles Pastoriza DD. Manifestaciones maxilofaciales en pacientes con artritis reumatoide. Medisan. 2019;23(3):460–7.
4. Cardiel Ríos M, Pons Bonals A. Importancia del manejo interdisciplinario del paciente con enfermedad periodontal y/o artritis reumatoide. Rev Estomatológica Hered. 2018;28(2):125.
5. Peña M, Peña L, Calzado M, Rodríguez Y, Santos L. Focos sépticos bucales en pacientes con uveítis. Medisan. 2012;16(12):1852–60.
6. Ramos García V, Otero Rey E, Blanco Carrión A. Relación

- entre enfermedad periodontal y artritis reumatoide. Av en Periodoncia e Implantol Oral. 2016;28(1):23–7.
7. Rangil JS. Manifestaciones orales del paciente con artritis reumatoide [Internet]. 2014. Available from: <http://roderic.uv.es/handle/10550/37980>
 8. Aránzazu M. GC, Carvajal A. Y, Moreno A. EA, Sarmiento O. D, Suárez M. AM. Manifestaciones Orales En Pacientes Con Artritis Reumatoidea Que Asisten Al Instituto De Rehabilitación Y Reumatología De Bucaramanga. UstaSalud. 2018;2(2):83.
 9. CONDORI NS. “Agentes Infectantes De La Cavidad Bucal Asociados a Periodontitis Juvenil En Pacientes Del Servicio De Odontología Del Hospital Manuel Núñez Butrón, Puno — 2017.” Niversidad Nac Del Altiplano [Internet].2019;2006–11 Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11395>
 10. Carranza F. Periodontología Clínica de Glickman Características Clínicas de la Gingivitis. 1 edición. México: Interamericana; 1987. P.114-28.
 11. Je B, Bedoya. Determinantes del Diagnóstico Periodontal Determinants of Periodontal Diagnosis. Vol. 3, Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 94AD.
 12. Bascones-Martínez A, Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R.

- Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av Periodoncia. 2008;20(1):11–25.
13. Martínez B, Ruiz F. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Av en Periodoncia e Implantol Oral [Internet]. 2005;3(3):147–56. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n3/147enfermedades.pdf>
14. Nápoles González I de J, Batista Zaldívar XB, Rivero Pérez O, Díaz Gómez SM, Fernández Frach N. Incidencia de la alveolitis. Arch Médico Camagüey. 2009;13(2):1–9.
15. Tong Y, Zheng L, Qing P, Zhao H, Li Y, Su L, et al. Oral Microbiota Perturbations Are Linked to High Risk for Rheumatoid Arthritis. Front Cell Infect Microbiol [Internet]. 2020 Jan 22 [cited 2021 Jan 18];9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32039051/>
16. Botero J, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral. 2010;3(2):94–9.
17. Antúnez N, Fajardo G. Características de la enfermedad periodontal en la población atendida en consulta externa de la Clínica Estomatológica “Camilo Torres Restrepo.” Medisan. 2014;18(7):915–22.
18. De Odontología F, De Odontología EAP. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

19. Manriv N. La enfermedad periodontal, Enfermedad de las encías. Inst Nac Investig Dent y Craneofacial [Internet]. 2013;(13):14. Available from: <http://eldentistaencasa.blogspot.com/2010/09/la-enfermedad-periodontalenfermedad-de.html>
20. Batlle Gualda E, Mínguez Vega M, Bernabeu González P, Panadero Tendero G. Capítulo 1: Artritis Reumatoide Artritis Reumatoide.
21. Solis cartas C, Garcia González V, Lino Basco E, Baldon Perez O, Quintero Chacon G, Muños Balbín M. Manifestaciones bucales relacionadas con el diagnóstico de enfermedades reumáticas. Scielo [Internet]. 2017;54(1):72–83. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v54n1/est07117.pdf>
22. Pérez Hernández LY. Salud periodontal en gerontes de casas de abuelos en Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2015;19(2):195– 205.
23. Flores R, Guerrero AM, Valladolid E, Alania J, Alarcón M. Tratamiento de periodontitis en pacientes con artritis reumatoidea: Una revisión sistemática de ensayos clínicos controlados. Rev Estomatológica Hered. 2017;27(1):51.
24. Sailer VC. Tratamiento de la periodontitis crónica LANAP vs. Raspado y alisado radicular. Revisión sistemática. Universidadeuropeacom [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 8];

Available from:
<https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/5733>

25. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*. 2010;8(5):336–41.
26. Theodoro lh, Marcantonio rac, Wainwright m, García vg. Laser in periodontal treatment: is it an effective treatment or science fiction? *Braz Oral Res*. 2021;35
27. Morales A, Bravo J, Baeza M, Werlinger F, Gamonal J. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2016 Aug;9(2):203–7
28. Fuentes-Lerma MG, Zamora-Pérez AL, Robles-Gómez C, Guerrero-Velázquez C, Peregrina-Sandoval J, Gutiérrez-Angulo M, Mariaud-Schmidt RP. La concentración de óxido nítrico en suero de pacientes con periodontitis agresiva y crónica generalizada no está relacionada con la gravedad de la enfermedad. *biomedica*. 30 de marzo de 2023 Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/6690>

29. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: The WHO Approach. J Periodontol. 2005; 76:2187-93. <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.12.21872>
30. Papapanou PN, Sanz M, Budunelli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 world workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. J Periodontol. 2018;89(Suppl.1):S173-S82. <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0721>
31. Choudhary S, Chaudhary M, Bagde S, Gadbail A, Joshi V. Nitric oxide and cancer: A review. World J Surg Oncol. 2013;11:118. <https://wjso.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7819-11-118>
32. Bestall, S, Flynn R., Charleson G., Abbott, PV (2020). Assessment of Australian Dentists' Treatment Planning Decisions Based on Diagnosis. J Endod 2020 Apr;46(4):483-9. [doi: 10.1016/j.joen.2020.01.004](https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.01.004).
33. Garrido M, Cárdenas AM, Astorga J, Quinlan F, Valdés M, Chaparro A, et al. Elevated Systemic Inflammatory Burden and Cardiovascular Risk in Young Adults with Endodontic Apical Lesions. J Endod 2019 Feb;45(2):111-5. [doi: 10.1016/j.joen.2018.11.014](https://doi.org/10.1016/j.joen.2018.11.014)

34. Rufasto-Goche KS, Vigo-Ayasta ER, Lizarbe-Castro MV, Salazar-Rodríguez MR, Rufasto-Goche KS, Vigo-Ayasta ER, et al. Etiología, fisiopatología y tratamiento de la periodontitis apical. Revisión de la literatura. Avances en Odontoestomatología [Internet]. 2023 Mar 1;39(1):9–16. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852023000100003&script=sci_arttext
35. Daniela C. Prevalencia de enfermedad periodontal en los pacientes adultos que son atendidos en el centro de especialidades odontológicas en la universidad regional autónoma de los andes [cited 2023 Aug 8]; Available from: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16488>
36. Pardo F, Hernández L. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. Revista de Salud Pública. 2018; 20(2): 258-64.

37.

ANEXOS

ANEXO 1

1.- Ficha de inspección clínica de la variable gingivitis

Nombre del paciente:

Edad:

Género:

Nº Historia Clínica

Tiempo de enfermedad:

2.- índice gingival de loe y silness

Parámetros:

0= Encía Sana

1 = Gingivitis leve

2 = Gingivitis moderada

3 = Gingivitis severa

$$IG = \frac{\text{Sumatoria de todos los grados}}{\text{Numero de superficies examinadas}}$$

ANEXO 2

Ficha de observación clínica de la variable periodontitis crónica

PERIODONTOGRAMA

Etapa de Tratamiento: Pretratamiento ☐ Reevaluación ☐ Post-tratamiento ☐ Fecha de Examen _____

		DERECHA					IZQUIERDA				
BUCAL											
PALATINO											
LINGUAL											

NIC-SS
PS - PL
MG

MG
PS - PL
NIC-SS
NIC-SS
PS - PL
MG

Parámetros:

0 = No presenta 1-2 mm CAL= leve

3-4 mm CAL= moderada

> 5 mm CAL= severa

ANEXO 3

Observación clínica con respecto a la xerostomía

	Presente	Ausente
• Saliva viscosa, pegajosa, espumosa		
• Sequedad de labios, lengua y mucosas		
• Fisuras		
• Lengua depapilada		
• Queilitis angular		

Observación clínica respecto a la estomatitis aftosa

	Presente	Ausente
• -Estomatitis aftosa mayor		
• -Estomatitis aftosa menor		
• -Úlceras herpetiformes		

ANEXO 4

Instrumento de la variable 2 ficha documental:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD REUMÁTICA*

Nombre del paciente:

Edad:

Género:

Enfermedad reumática

Artritis reumatoidea temprana

Artritis reumatoidea tardía

* Transcrito de la historia clínica del paciente.

DE LOS AUTORES

EDITH CARI CHECA



Cirujano Dentista por la Universidad Católica Santa María Arequipa - Perú, Especialista en planificación y administración de servicios de salud por la Universidad Nacional del Altiplano Puno - Perú. Magister en investigación y docencia en educación superior por la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca-Perú. Egresada de la Maestría en Salud con mención en Estomatología. Doctor en Educación. Ex-Decana del Colegio Odontológico -Región Puno. Miembro de la Unidad de investigación de la Facultad de Odontología. Docente de nivel Superior en Pre y Posgrado, Asesora y Jurado de Tesis Pre y Posgrado Juliaca - Perú.

SULMA JUDITH QUEA CALCINA



Cirujano Dentista por la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca – Perú. Diplomado en Odontología Pediátrica Arequipa- Perú. Diplomado en odontología Estética. Cirujano dentista con consulta privada.

ELIZABETH VARGAS ONOFRE



Doctora en Educación por la Universidad Alas Peruanas Lima - Perú
Doctora en Salud Pública por la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca - Perú, Egresada Post Doctoral en Epistemología por la UANCV Juliaca - Perú, Magister en Investigación y Docencia en Educación Superior por la UANCV Juliaca - Perú, Licenciada en Obstetricia por la Universidad Católica Santa María Arequipa - Perú, Docente de nivel Superior en Pre y Posgrado, Asesora y Jurado de Tesis Pre y Posgrado y Decana de la Facultad Ciencias de la Salud de la UANCV Juliaca - Perú.

MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA



Obstetra, con segunda especialidad profesional en Terapias alternativas y complementarias de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, especializado en Reflexología Podal del Centro de Reflexoterapia “Hermanas de San Pablo de Chartres” de la ciudad de Lima, Grado de Doctor en Salud Pública – UANCV, Grado de Maestro en Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia de la ciudad de Lima, Directora de la Unidad de Investigación – UANCV; Coordinador(a) de la Segunda Especialidad en Obstetricia de la Escuela de Posgrado de la UANCV, Coordinadora y gestora del Centro de Desarrollo Juvenil “CDJ” de la UANCV, Asociada a “ASPEFOBST”- Asociación Peruana de Escuelas y Facultades de Obstetricia” en el Perú, con diplomatura en “Consejería y Consultoría Familiar: Carrea de madres, padres y colaboradores”, en convenio con la Academia Internacional de Cibernética Social Proporcionalista y el Centro de Desarrollo Integral del Niño y la Niña con la UANCV, con experiencia profesional en Obstetra asistencial en la República de

Argentina y en el Ministerio de Salud en Perú, con experiencia en docencia Universitaria en pregrado y Posgrado en el área de Salud Pública y Salud Sexual y Reproductiva, Gestora y ejecutora de la legitimación de las carreras en Psicología, Tecnología Médica e impulso de la reapertura de carrera de Medicina Veterinaria y Zootecnia ante la ANR de la UANCV, Gestora del direccionamiento estratégico del proceso de Acreditación en modelo ACSUG de la Escuela Profesionales de obstetricia, enfermería, farmacia y bioquímica y odontología, Gestora de eventos de Responsabilidad Social y de seminarios, congresos, participante en numerosos eventos académicos especializados y conferencista nacional.

SONIA BENITA FERNÁNDEZ TAPIA



Doctora en Educación por la Universidad Alas Peruanas-Lima-Perú
Magister en Evaluación de Programas Sociales de la Universidad
Nacional del Altiplano-Puno. Obstetra por la Universidad Andina
Néstor Cáceres Velásquez-Juliaca

Con especialidad en Planificación y Administración de Servicios de
Salud en la Universidad Nacional del Altiplano-Puno. Diplomado
Internacional de Especialización Derechos Sexuales y Políticas
Públicas-Santiago de Chile Instituto Internacional HENRY DUNANT
América Latina. Candidato a Doctor en Salud Pública por la
Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.



PUERTO MADERO
EDITORIAL

ISBN 978-631-6557-00-1



9 786316 557001