



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA

Prevalencia de la periodontitis en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil desde el Periodo Académico 2014-2015

AUTOR

Ronald Manuel Orellana Cabello

TUTORA

Dra. Blanca Azucena Rodríguez Ochoa MSc.

Guayaquil, junio 2015

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor/es del Trabajo de Titulación

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontólogo. Cuyo tema se refiere a:

Prevalencia de la periodontitis en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil desde el Periodo Académico 2014-2015

Presentado por:

Ronald Manuel Orellana Cabello
C.I 0929324341

Dra. Blanca Azucena Rodríguez Ochoa MSc.
Tutor Académico

Dr. Washington Escudero Doltz.MSc.
Decano

Dr. Miguel Álvarez Avilés. MSc.
Subdecano

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla. MSc.
Directora Unidad Titulación

Guayaquil, junio 2015

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del autor.

Ronald Manuel Orellana Cabello

C.I: 0929324341

AGRADECIMIENTO

A Dios, por acompañarme todo los días.

A mi Mama, por ser mi mejor amiga, mi aliada, mi ejemplo gracias por todo el apoyo en esta tesis y en mi vida.

A mi Papa, por creer en mí dándome todo su apoyo incondicional y ayudarme a superarme.

A mi Tía Laura, por brindarme sus conocimientos y darme la oportunidad de practicar lo aprendido.

A mi Tía Dolores, por ser siempre la mano dura que necesitaba para no recaer en mis errores y poder avanzar con actitud y perseverancia.

Ronald Manuel Orellana Cabello

DEDICATORIA

A Dios, a mis Padres quienes fueron un gran apoyo emocional durante el tiempo en que escribía esta tesis.

A mis Tías que me apoyaron todo el tiempo.

A mis Maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, aun sin importar que muchas veces no ponía atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

A mi Tutora que estudio mi tesis y la aprobó.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir mi tesis.

Para ellos todo mis logros, pues son quienes les debo por su apoyo incondicional.

Ronald Manuel Orellana Cabello

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
Caratula	
Certificación de tutores	II
Autoria	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	IV
Indice General	VI
Indice de Tablas	IXX
Indice de Graficos	X
Resumen	XI
Abstract	XII
Introducción	1
CAPITULO I	
EL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Descripción del Problema	2
1.3 Formulación del Problema	3
1.4 Delimitación del Problema	3
1.5 Preguntas de Investigación	3
1.6 Objetivos	4
1.6.1 Objetivo General	4
1.6.2 Objetivos Especificos	4
1.7 Justificación de la Investigación	4
1.8 Valoración crítica de la Investigación	5
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de la Investigación	6
2.2 Bases Teóricas	10
2.2.1 Enfermedad Periodontal	10

Contenidos	Pág.
2.2.1.1 Etiología de la Enfermedad Periodontal	10
2.2.2.1. Factores Extrínsecos	11
2.2.2.2. Factores Intrínsecos	12
2.2.3 Patogenia de la Periodontitis.	12
2.2.3.1 La Lesión Gingival.	13
2.2.3.2 Lesión Gingival Periodontal Avanzada.	13
2.2.5. Etiopatogénesis de la Enfermedad Periodontal	14
2.2.5.1. Síntomas de la Enfermedad Periodontal	16
2.2.5.2. Inflamación	17
2.2.5.3. Características de la Inflamación	17
2.2.6. Bolsa Periodontal	18
2.2.6.1 Signos y Síntomas.	18
2.2.6.2. Clasificación	19
2.2.7 Clasificación de las Enfermedades Periodontales	20
2.2.7.1 Clasificación de la Asociación Dental Americana (ada)	21
2.2.8 Periodontitis Crónica	21
2.2.8.1 Periodontitis Localizada:	22
2.2.8.2 Periodontitis Generalizada:	23
2.2.9 Periodontitis Agresiva.	23
2.2.9.1 Diagnóstico Clínico	24
2.2.9.2 Historia Médica	25
2.2.9.3 Uso de Índices Clínicos en la Práctica Dental	29
2.2.9.4 Índice Gingival	29
2.2.9.5 Índice de Hemorragia del Surco	29
2.2.9.6 Índice Periodontal o de Russell	30
2.2.9.7 Bolsas Periodontales	30
2.2.9.8 Técnica de Sondeo	31
2.2.9.9 Nivel de Inserción y Profundidad de Bolsa	31
2.3 Marco Conceptual	34
2.4 Marco Legal	35
2.5 Variables de Investigación	37
2.5.1. Variable Independiente	37
2.5.2. Variable Dependiente	37
2.6 Operacionalización de las Variables	38
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	39
3.1 Diseño de la Investigación	39

Contenidos	Pág.
3.2 Tipo de la investigación	39
3.3 Recursos empleados	40
3.3.1 Talento humano	40
3.3.2 Recursos materiales	41
3.4 Población y Muestra.	41
3.5 Fases metodológicas	41
4. Análisis de los resultados	44
5. Conclusiones	48
6. Recomendaciones	49
Bibliografía	
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

Contenidos	Pág.
Tabla nº 1. Distribución de pacientes por grupos de edad	47
Tabla nº 2. Distribución de pacientes por género	48
Tabla nº 3. Distribución de pacientes por residencia	49
Tabla nº 4. Distribución de pacientes por Nivel de la enfermedad periodontal	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenidos	Pág.
Grafico nº 1. Distribución de pacientes por grupos de edad	47
Grafico nº 2. Distribución de pacientes por género	48
Grafico nº 3. Distribución de pacientes por residencia	49
Grafico nº 4. Distribución de pacientes por Tipo de la enfermedad periodontal	50

RESUMEN

La ausencia de una adecuada higiene es el principal problema en las personas la principal causa de enfermedades periodontales, por la falta de preocupación y un orden de higiene bucal correspondiente que deben de tener las personas a lo largo de la vida, esto también influye no solo por mantener una excelente salud bucal si no muchas veces es por causas genéticas, porque comienza con una leve inflamación de las encías hasta llegar a la pérdida irreparable de las piezas dentarias. Este trabajo de investigación sobre la prevalencia de periodontitis en pacientes que son atendidos por los alumnos del curso 5/4 en la Facultad de Odontología es de suma importancia porque con los resultados podremos conocer qué cantidad de pacientes presentan enfermedad periodontal y así poder implementar un modelo de trabajo para disminuir el índice de pacientes con periodontitis. Este estudio se pretendió observar la incidencia de la enfermedad periodontal en pacientes que acuden a la consulta en la clínica integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Estatal de Guayaquil, el estudio se realizó con una muestra de 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se distribuyeron de acuerdo con el género y la edad, respecto al género encontramos que en 66% fueron mujeres, y 34% hombres, respecto a la edad, los pacientes se distribuyeron en cinco grupos de 10 años, a partir de los 40 años de edad hasta los 90 años, en donde se pudo determinar que el mayor número de pacientes se encontraron en los rangos de 50-60años (25%), 61-70años (33%), 71-80 años (26%).

Palabras claves: Periodontitis, Gingivitis, Incidencia, Causas de Enfermedad periodontal, Etiología de Enfermedad periodontal.

ABSTRACT

The absence of proper oral hygiene in humans produces the leading cause of periodontal disease caused by lack of concern and an order corresponding oral care must have people throughout life, this also influences not only maintain excellent oral health if not many times is because of genetics, because it starts with a mild inflammation of the gums to reach the irreparable loss of teeth. This research on the prevalence of periodontitis in patients who are cared for 5/4 course students at the Faculty of Dentistry is critical because the results can know how much patients have periodontal disease and be able to implement a protocol to decrease the rate of patients with periodontitis. This study was intended to observe the incidence of periodontal disease in patients presenting to the query in the integral clinic of the Faculty of Dentistry at the State University of Guayaquil, the study was conducted with a sample of 200 medical records to which the He chose, for age by the probabilistic approach at random from the 200 patients who met the inclusion criteria were distributed according to gender and age, regarding gender found that 132% were women and 68% men Patients were divided into five groups of 10 years, from 40 years to 90 years, where it was determined that the highest number of patients were in the range of 50-60años (25%), 61-70años (33%), 71-80 years (26%).

Keywords: Periodontitis, Gingivitis, Incidence, Causes of periodontal disease, Periodontal Disease Etiology.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal junto con la caries dental son las enfermedades más comunes en la cavidad bucal pero la enfermedad periodontal es desconocida para muchos pacientes de ahí el interés de conocer la cantidad de pacientes afectados con la periodontitis. La enfermedad periodontal abarca un grupo de condiciones patológicas del periodonto consideradas de naturaleza inflamatoria y causa infecciosa; presentan un componente inmunológico importante y afecta a toda la humanidad por igual.

Las enfermedades gingivales y periodontales están catalogadas entre las afecciones más comunes del género humano. La prevalencia y gravedad de periodontopatías varía en función de factores sociales, ambientales, enfermedades bucales, generales y particularmente de la higiene bucal individual. El papel dado a las bacterias como el factor predominante en la etiología de la periodontitis puede haber sido sobreestimado, porque es el huésped y no el microbio el que determina el resultado final de la interacción huésped parásito. Se sugiere que factores psicosociales, de estilos de vida, sistémicos y de ambiente social, pueden afectar el funcionamiento óptimo de las defensas del huésped.

En este trabajo de investigación se analizara estadísticamente la prevalencia de periodontitis en los pacientes que son atendidos a diario en la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil del año 2014-2015.

CAPITULO I

EI PROBLEMA

1.1PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ausencia de una adecuada higiene bucal produce en las personas la principal causa de enfermedades periodontales, causada por la falta de preocupación y un orden de higiene bucal correspondiente que deben de tener las personas a lo largo de la vida, esto también influye no solo por mantener una excelente salud bucal si no muchas veces es por causas genéticas, porque comienza con una leve inflamación de las encías hasta llegar a la pérdida irreparable de las piezas dentarias. La enfermedad periodontal, se observa clínicamente una inflamación de las encías y enrojecimiento de estas, provocando sensibilidad y sangrado, causada principalmente por la acumulación de placa dentobacteriana. La intensidad de la enfermedad dependerá de la magnitud, duración y frecuencia con que se presenten los irritantes locales y la resistencia de los tejidos. Este proyecto consiste en dar a conocer la prevalencia de la periodontitis en pacientes que son atendidos por los alumnos del paralelo 5/4 en el periodo lectivo 2014-2015 en la Facultad Piloto de Odontología, ya que la enfermedad periodontal está catalogada como una afección común en el ser humano, la prevalencia de la periodontitis varía en función de factores sociales, ambientales, y particularmente de acuerdo al nivel de higiene bucal del individuo.

1.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Este trabajo de investigación sobre la prevalencia de periodontitis en pacientes que son atendidos por los alumnos del curso 5/4 en la Facultad de Odontología es de suma importancia porque con los resultados podremos conocer qué cantidad de pacientes presentan enfermedad periodontal y así poder implementar un protocolo para disminuir el índice de pacientes con periodontitis.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

Determinar el porcentaje de periodontitis en pacientes que son atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Tema: Prevalencia de la Periodontitis en pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil desde el periodo académico 2014-2015

Objeto de estudio: Prevalencia de la Periodontitis

Campo de acción: pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología

Área: Pregrado

Periodo: 2014– 2015

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el porcentaje de enfermedad periodontal en la población?

¿Qué es enfermedad periodontal?

¿Cuál son los factores que pueden provocar la enfermedad periodontal?

¿Qué género es más propenso a tener enfermedad periodontal?

¿Qué métodos se pueden implementar para disminuir el índice de enfermedad periodontal?

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el porcentaje de periodontitis en pacientes que son atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar estadísticamente la prevalencia de la periodontitis.
- Determinar qué género es más propenso a la enfermedad periodontal.
- Definir qué métodos se podrían utilizar para disminuir la enfermedad periodontal.
- Explicar que es la enfermedad periodontal

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se justifica ya que la enfermedad periodontal es una de las enfermedades más frecuentes en la cavidad bucal y hasta la actualidad no se presentan estudios sobre la prevalencia de periodontitis de los pacientes que acuden a la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Nuestro estudio se basará en el análisis estadístico de los pacientes adulto mayores que fueron atendidos por los alumnos del curso 5-4 del periodo lectivo 2014-2015.

Relevancia social Es de relevancia social ya que nos beneficiaremos tanto estudiantes como profesionales en el área de odontología al conocer la prevalencia de la periodontitis en los pacientes que acuden a la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Implicaciones prácticas Con el inicio de esta investigación podemos incentivar a futuros profesionales y estudiantes a profundizar más sobre el tema y que el estudio se haga en una población más amplia.

Viabilidad La realización de este trabajo de investigación es factible porque se desarrollara con los recursos de la biblioteca de la Facultad Piloto de Odontología, sitios web, artículos científicos.

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitado: El estudio se realizara con los pacientes que acuden a la consulta de la a la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Evidente: Nos permite evidenciar la falta de un estudio estadístico sobre pacientes que son atendidos en Clínica de Internado y que presentan problemas periodontitis.

Concreto: Trata de determinar la prevalencia de la periodontitis en los pacientes de la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Contextual: Porque presenta un problema real de una situación común para los odontólogos al no conocer sobre estudios estadístico sobre la prevalencia de la periodontitis.

Original: Tiene un nuevo enfoque ya que en la Facultad de Odontología no se evidencia un estudio estadístico sobre los pacientes que presentan periodontitis.

Factible: Tenemos la posibilidad de dar a conocer estadísticamente la cantidad de pacientes con periodontos en la Facultad de Odontología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

La enfermedad periodontal junto con la caries dental son las enfermedades más comunes en la cavidad bucal pero la enfermedad periodontal es desconocida para muchos pacientes de ahí el interés de conocer la cantidad de pacientes afectados con la periodontitis. La enfermedad periodontal abarca un grupo de condiciones patológicas del periodonto consideradas de naturaleza inflamatoria y causa infecciosa; presentan un componente inmunológico importante y afecta a toda la humanidad por igual.

La relación entre el estado periodontal de personas asintomáticas en un seguimiento evaluaron a 229 pacientes de sexo masculino y femenino de una edad entre 20 y 50 años de edad en un periodo comprendido entre octubre del 2008 hasta junio del 2009 con el objetivo de estudiar la prevalencia de la enfermedad periodontal y la gingivitis fue la afección más prevalente asociada con factores como caries, obturaciones deficientes, higiene deficiente. El estado periodontal se evaluó siguiendo los criterios del I.P. de Russell, y la higiene oral se valoró siguiendo los criterios del índice de higiene de Green y Vermillon; se recogió por examen clínico mediante inspección bucal o a través del interrogatorio la presencia o no de posibles factores de riesgo asociados con la enfermedad periodontal. Para identificar los factores de riesgo y determinar la asociación con la gingivitis y la periodontitis.

Como conclusiones fueron que los factores asociados con la gingivitis en el área de salud fueron las caries, obturaciones deficientes, la higiene deficiente, la mal oclusión y las personas hipertensas tratadas con Nifedipina. También que el hábito de fumar, la higiene deficiente y el

consumo de Nifedipina tuvieron una asociación estadística significativa en su relación con la periodontitis.(Stefano et al, 2009)

Un estudio en el centro de Especialidades odontológicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México (IMIEM), observado que existe una alta prevalencia de pacientes que asisten a tratamiento de periodoncia. Llama la atención que la mayoría de ellos tuviera la cavidad oral en condiciones desfavorables. Las manifestaciones orales detectadas: hiposalivación, úlceras aftosas e hiperplasia gingival. Por lo que es necesario enseñar al paciente técnicas que le ayuden a mantener la boca húmeda (consumo de agua constantemente, uso de sustitutos salivales y chicles). Es importante reforzar técnicas de higiene para prevenir infecciones (técnica de cepillado adecuada, uso de hilo dental, enjuagues con clorexidina). En caso de presentar alteraciones del gusto. En la mayoría de los casos es necesaria una gingivectomía o una gingivoplastía, por motivos funcionales y estéticos. Se recomienda recetar Azitromicina, ya que inhibe la proliferación de fibras de colágena. (Docentes de la Escuela pública, julio 2010)

Un estudio con relación a la enfermedad periodontal con 21 pacientes en el municipio de florida, Camagüey en el cual señala que las pacientes embarazadas presentaban una inadecuada higiene bucal con 47.61% estando afectadas por gingivitis, 28.57% en un grado severo y el 19.04% en un grado moderado y el 3% presenta gingivitis en un grado severo.(Betancourt V. y Col, 2011)

La causa más relevante por la que se origina la gingivitis es por la acumulación de la placa bacteriana con el 82% debido a la falta del uso de medios auxiliares para la limpieza dental, hecho que coincide con la investigación, ya que el 100% de los pacientes que participaron en la investigación únicamente utilizan la pasta dental como medio auxiliar de limpieza dental.(Huidobro y Col. , septiembre 2010)

La población que más ha solicitado el servicio de salud oral en el área de periodoncia fueron mujeres con un 73% con relación a los hombres con el 27%, con una razón de masculinidad de 3:10, el 30% de la población de 35 a 44 años, 27% de 45 a 54 años, las patologías más comunes: hipertensión arterial, y cardiopatía, en cuarto lugar la gastritis crónica, el riesgo de enfermedad periodontal moderada y avanzada aumentó en pacientes con síndrome cardiometabólico. El género masculino presenta una ligera diferencia de enfermedad periodontal moderada, siendo lo contrario en enfermedad periodontal incipiente, afectando mayormente al género femenino, en cuanto a la enfermedad periodontal avanzada existe una ligera diferencia en los hombres que en las mujeres, esto se refleja en un 79.4% de enfermedad periodontal moderada contra un 71.8% y 17.7% de enfermedad periodontal avanzada en los hombres contra un 15.5% en las mujeres.”(José M, 2011)

Las patologías asociadas a enfermedad periodontal como el síndrome cardiometabólico, son prioridades de investigación para establecer acciones preventivas de detección oportuna y así identificar enfermedades en fase subclínica, que impacten en el tratamiento oportuno de dichas patologías. Los padecimientos sistémicos pueden influir en la evolución de las periodontopatías, sobre todo en edades mayores de 35 años, que es en este grupo etario cuando inician las enfermedades crónico degenerativas padecimientos que en décadas pasadas se presentaban en edades de la quinta y sexta décadas de la vida; las modificaciones en los hábitos alimentarios.

No sólo impactan en enfermedades metabólicas, como son la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, dislipidemias, cardiopatía coronaria, arteriosclerosis y obesidad, así también influyen en los tejidos periodontales y éstos a su vez condicionan la presencia de patógenos que colonizan los tejidos blandos y permanecen si no son tratados en forma

oportuna, produciendo toxinas que alteran los mecanismos de coagulación y sus consecuencias en la patogénesis de trastornos del metabolismo.(Domínguez A, 2012)

Se estudiaron 341 ambos sexos con una edad promedio de 70 años la cual se recogió la información sobre su presión arterial, se procedió a realizar un chequeo para corroborar si presentaban enfermedad periodontal, los resultados fueron que el grupo femenino que presenta hipertensión arterial con enfermedad periodontal avanzada.(Liliana N, 2010)

En un estudio realizado en India y publicado en el Journal of Dental and Medical Sciences por el Dr. Shantala Arunkumar se encontró que de los 603 pacientes sobre los cuales fue realizado el estudio, 382 (67.4%) presentaron algún tipo de manifestación oral. El estudio publicado en el Journal of Dental and Medical Sciences por el Dr. Shantala Arunkumar en el cual la manifestación oral más común fue xerostomía con un 25.5%, seguido de disgeusia con un 17.7% y por último agrandamiento gingival con un 9%. En un artículo realizado en India en el año 2012 por Kumar y colaboradores, y publicado en el Journal of Oral and Maxillofacial Pathology, las manifestaciones orales que se encontraron con mayor frecuencia fueron agrandamiento gingival e hiposalivación, ambas con un 17%.

Los resultados de una clásica publicación de Ellis y colaboradores en el Journal of Periodontology, en el cual se estudiaron 911 pacientes para determinar la prevalencia de agrandamiento gingival inducido por los antagonistas del calcio, indicaron que existe una prevalencia clínicamente significativa del 1,7% para la amlodipina.

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. Las bacterias presentes en la placa causa la enfermedad periodontal si no se retira cuidadosamente, todos los días con el cepillo y el hilo dental, la placa se endurece y se convierte en una sustancia dura y llamada cálculo también conocida como sarro, las toxinas, que se producen por bacterias en la placa, irritan las encías. Al permanecer en su lugar, las toxinas provocan que las encías se desprendan de los dientes y se forman bolsas periodontales, las cuales se llenan de más toxinas y bacteria. Conforme la enfermedad avanza, las bolsas se extienden y la placa penetra más y más hasta que el hueso que sostiene al diente se destruye, eventualmente, el diente se caerá o necesitará ser extraído.(Fermín A. Carranza, 2010)

El resultado final de la bolsa periodontal, la pérdida ósea y la movilidad dentaria puede ser la pérdida de un diente o de varios. Esta enfermedad periodontal es la que se halla en muchas personas, en todos los países. De ahí el rango de algunas personas mayores de 40 años ha perdido por lo menos un diente por causa de esta enfermedad. En realidad, 20 millones de adultos han perdido todos sus dientes, y se considera que la enfermedad periodontal es la causa principal de esta perdida. El proceso de la enfermedad es crónico (de evolución lenta y progresiva) y muy bien pudo haber estado presente en esas personas durante su juventud sin que los signos hubiesen sido percibidos por ellas.

2.2.1.1 Etiología de la enfermedad periodontal

Los factores que ejercen influencia en la salud del periodonto se clasifican, en sentido amplio, en extrínsecos (locales) e intrínsecos (sistémicos). Las causas extrínsecas incluyen los factores inconscientes y funcionales correspondientes a masticación, deglución y fonación. Las

causas intrínsecas son importantes, pero resulta más difícil comprobarlas. (Higashida, 2006)

2.2.2.1. Factores extrínsecos

Higiene bucal y depósitos calcificados y no calcificados. No hay dudas de que la higiene bucal negligente o inadecuada es responsable del porcentaje más alto de gingivitis y periodontitis. La placa dentaria, las bacterias, el cálculo, la materia alba y los residuos de alimentos retenidos en los márgenes gingivales y en los surcos irritan la encía y generan los cambios destructivos que siguen. Es frecuente que la placa bacteriana y los depósitos calcificados estén asociados con la pérdida ósea que se les puede considerar como los factores etiológicos principales de la enfermedad periodontal inflamatoria. (Katz, 2011)

Consistencia de la dieta. Los alimentos blandos o adhesivos que tienden a acumularse entre los dientes y sobre la encía pueden ser una causa predominante de inflamación. Posición y anatomía dentaria e impacción de alimentos. Aun si la consistencia física de la dieta no es blanda o adhesiva, las irregularidades de la posición dentaria o su inclinación pueden fomentar, la penetración y la retención de placa y alimentos. Frecuentemente, dientes superpuestos, en mal posición, inclinados o desplazados están asociados con impacción de alimentos o su retención. Las cúspides impelentes fuerzan o acuñan alimentos en nichos relativamente inaccesibles. Las caries, las restauraciones incorrectas o los defectos congénitos, tales como coronas en forma de campana, también predisponen a la lesión del periodonto.

Aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia pueden producir irritación o entorpecer la realización de una buena higiene bucal. Hace mucho que se asocia con los tratamientos de ortodoncia prolongados la generación de enfermedad periodontal inflamatoria o traumática. Hábitos. Los hábitos bucales lesivos, tales como morder hilos, uñas, lápices. Contribuyen a la gingivitis, la periodontitis o las alteraciones distróficas. El

uso descuidado de medicamentos y productos para la higiene lesiona los tejidos y, de esa manera, disminuye la resistencia a la agresión bacteriana. El empuje lingual causa mal posición dentaria o recesión gingival. La respiración bucal o el cierre incompleto de los labios tienden a conferir un aspecto eritematoso brillante a la encía.

Anatomía de los tejidos blandos. Los factores anatómicos que pueden predisponer a la enfermedad incluyen las anomalías inherentes a la forma de los tejidos blandos o a sus relaciones espaciales con los dientes. La inserción alta de frenillos y musculo favorece la acumulación de residuos en los márgenes gingivales o impide el cuidado dental en el hogar. También los vestíbulos someros o las zonas de encía estrecha e inadecuada predisponen a la enfermedad. La encía delgada, de textura fina, puede ser fácilmente lesionada durante la masticación o el cepillado, y puede producirse recesión de los márgenes gingivales.(Katz, 2011)

2.2.2.2. Factores intrínsecos

La totalidad del organismo participa en la génesis de la enfermedad periodontal. Parece haber poco desacuerdo en que lo que sucede en cualquier parte del organismo afecta a los tejidos bucales. Sin embargo, aunque la enfermedad periodontal pueda tener origen intrínseco, el papel preciso de los factores intrínsecos en la producción de la enfermedad periodontal es, en gran medida, cuestión de opiniones. Sin duda alguna, la enfermedad periodontal es una expresión de la acción recíproca de factores extrínsecos e intrínsecos.(Horacio., 2005)

2.2.3. PATOGENIA DE LA PERIODONTITIS.

Las reacciones inflamatoria e inmunitaria frente a la placa microbiana constituyen los rasgos predominantes de la Gingivitis y la Periodontitis, sus características clínicas son. Inflamación gingival dentro de los 10-20 días de acumulación de placa, se establecen signos de Gingivitis en la mayoría de las personas, aunque esto varía muchísimo, con algunos individuos la Gingivitis se presenta con un enrojecimiento de las encías,

tumefacción y tendencia incrementada del tejido blando a sangrar ante un suave sondeo.(stefano., 2009)

2.2.3.1. La lesión Gingival.

Se produce rápidamente inflamación en cuanto se deposita la placa en el diente. En 24 horas son evidentes unos cambios acentuados en el plexo micro vascular por debajo del epitelio de unión en cuanto llega más sangre al área, al agrandarse la lesión, las substancias nocivas de los microorganismos se diluyen, tanto en el tejido como en la hendidura, el volumen del exudado es proporcional a la gravedad de la inflamación gingival presente. La lesión gingival temprana. Se produce 7 días después de acumulación de placa. Histológicamente, los vasos por debajo del epitelio de unión permanecen dilatados, pero su cantidad aumenta debido a la apertura de lechos capilares previamente inactivos. Existe infiltración leucocitaria predominante de linfocitos y neutrófilos. Se produce destrucción de colágeno en el área infiltrada. Las alteraciones inflamatorias se aprecian clínicamente y al término de la segunda semana de acumulación de placa, se pueden hallar depósitos subgingivales.

La lesión gingival establecida se produce un refuerzo del estado inflamatorio mientras continúa la exposición a la placa. Hay un incremento del exudado líquido y migración de leucocitos hacia los tejidos y la hendidura gingival. Hay una tumefacción edematosa mayor. Lesión dominada por los plasmocitos; la pérdida de colágeno continúa al expandirse el infiltrado celular inflamatorio, en esta etapa existe una marcada proliferación del epitelio de unión.(Katz, 2011)

Lesión gingival periodontal avanzada.

Existe proliferación de la bolsa por la migración del epitelio de unión en respuesta a la irritación de la placa y a episodios ulteriores destructivos de corta duración, la placa continúa su crecimiento en profundidad y florece en su nicho ecológico anaerobio. Tiene todas las características de la

lesión establecida, pero difiere en forma en cuanto existe pérdida de hueso alveolar, el daño a las fibras es amplio, el epitelio migra apicalmente desde el límite cemento adamantino y hay amplias manifestaciones de lesión tisular inflamatoria e inmunopatológica. La formación progresiva de bolsas conduce a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte y a la movilidad y pérdida de los dientes.(Liliana N, 2010)

2.2.4.1. Factores que afectan la prevalencia y gravedad de gingivitis y enfermedad periodontal

Hasta el 10% de la población adulta sufre trastorno periodontal avanzado. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la Enfermedad Periodontal es una de las enfermedades bucales de mayor prevalencia. La prevalencia de Enfermedad Periodontal aumenta con la edad, es aproximadamente de 45% a los 10 años, 67% a los 20 años, 70% a los 35 años y 80% a los 50 años. La distribución de enfermedad periodontal con bolsas es aproximadamente de 1% a los 10 años, 10% a los 20 años, 20% a los 35 años y 30% a los 50 años. Ambos estudios revelan un aumento impresionante de nueve veces la prevalencia de enfermedad destructiva con bolsas entre los 20 y 70 años de edad.

Este patrón de enfermedad con bolsas periodontales es paralelo al de reducción de altura del hueso de la vejez., la gravedad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad. Entre los 35 y 40 años de edad, el adulto promedio entra a las primeras fases de la enfermedad destructiva. Pasan aproximadamente 20 años antes que el adulto promedio, a la edad de 50 a 60 años entre a las fases avanzadas de la enfermedad periodontal destructiva.(Betancourt V., 2012)

2.2.5. ETIOPATOGENESIS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Todo comienza cuando las bacterias producen factores de virulencia y estos entran en contacto con las células del epitelio del surco pero es en

especial atención, las células del epitelio de unión las que producen defensinas y citoquinas pro-inflamatorias. (Las defensinas son péptidos antimicrobianos que dañan la superficie de las bacterias), permitiendo su eliminación. Pero son de gran importancia la producción de IL-1 (Interleuquina) y TNF (Factor de Necrosis Tumoral), generando cambios a nivel vascular. Incrementan el calibre de los vasos sanguíneos e inducen la expresión de proteínas de adhesión celular.

Adicionalmente, producen IL8, una citoquina con actividad quimiotáctica para PMNs (Neutrófilo Polimorfonuclear). De esta forma, los PMNs son atraídos al sitio donde se acumulan las bacterias, salen de los vasos sanguíneos y se acumulan en el tejido conectivo adyacente al surco alterando el tejido conectivo adyacente al EU (Unión Epitelial). Muchos PMNs se abren paso por los espacios intercelulares del EU y salen al surco donde se de granulan, liberando consigo reactivos del oxígeno y enzimas como catepsina G, lactoferrina, defensinas, mieloperoxidasa, metaloproteinasas y serin proteasas. Si bien todos estos reactivos biológicos son nocivos para las bacterias, también lo pueden ser para los tejidos periodontales y algún daño tisular microscópico puede esperarse. No obstante, el agente infeccioso es controlado en la mayoría de casos, el estímulo disminuye y se establece un balance de la respuesta inmune. (A., Flores J. Armijo J. Mediavilla; A., Arista, 2010)

Después de estimulada la respuesta inmune innata, desencadena la respuesta inmune adaptativa y aparecen en el tejido conectivo linfocitos T CD4 y linfocitos B, ayudando a resolver el proceso inflamatorio. La estimulación de linfocitos toma entre 5 y 7 días en alcanzar su mayor activación. Por lo tanto, una buena respuesta innata es fundamental para mantener la salud periodontal. Los linfocitos T CD4 producen citoquinas que promueven una mejor actividad de macrófagos y co-estimulan a los linfocitos B a producir anticuerpos tipo IgG e IgA neutralizantes.

El resultado es una respuesta inmune que controla los microorganismos que se están acumulando en el surco periodontal, de forma silenciosa y sin expresar signos clínicos inflamatorios evidentes a simple vista. A medida que progresa el proceso inflamatorio éste se vuelve crónico y comienza la degradación de los tejidos de soporte, dando como resultado la formación de la bolsa periodontal, pérdida de inserción clínica y pérdida ósea.(A., Flores J. Armijo J. Mediavilla; A., Arista, 2010)

2.2.5.1. Síntomas de la enfermedad periodontal

Clínicamente la forma agresiva como la forma crónica de la enfermedad periodontal se caracterizan no solamente por alteraciones gingivales de color y textura, por ejemplo, enrojecimiento, e inflamación, sino por la marcada tendencia de sangrada al sondeo en el área del surco gingival. Además los tejidos periodontales pueden presentar resistencia reducida al sondeo (aumento de la profundidad de la bolsa clínica), retracción gingival o ambas características. Los estados más avanzados de la enfermedad se relacionan por lo general con movilidad dentaria, migración y apiñamiento dentario. En las formas más avanzadas de enfermedad periodontal se registran como hallazgos importantes la marcada pérdida de inserción conectiva radicular y el descenso del epitelio dentogingival a lo largo de la raíz.

Los resultados de la investigación clínica han demostrado que las formas agresivas y crónicas de la enfermedad periodontal: Afectan a diferentes partes de la dentición en grado variable, Son a menudo de naturaleza progresiva y, si no se tratan, pueden producir la pérdida dentaria, Pueden ser detenidas si sigue un tratamiento adecuado. Así, el examen de un paciente con enfermedad periodontal no solamente debe identificar los en la dentición con alteraciones inflamatorias sino la extensión de la destrucción de los tejidos en esos sitios. Por lo tanto, el examen deberá incluir todas las aéreas de dentición y describir las condiciones periodontales.(Katzung, 2012)

2.2.5.2. Inflamación

La mayoría de las enfermedades periodontales son inflamatorias, como la prueba el infiltrado celular denso en el corion gingival subyacente a la bolsa, y el exudado, que contiene leucocitos polimorfonucleares y componentes séricos inflamatorios que salen de la bolsa. El contacto muy íntimo de la placa con la encía contigua hace que esa inflamación sea fácilmente comprensible. Muy pronto la inflamación se superpone incluso a aquellas enfermedades que no son primariamente inflamatorias.(Peñaloza De La Torre U, 2010)

2.2.5.3. Características de la inflamación

Definición. Se puede definir la inflamación como la respuesta normal de los tejidos vivos a la lesión. Se caracteriza por una evolución específica de alteraciones fisiológicas y bioquímicas. El proceso inflamatorio reúne todos los recursos del organismo y los presenta en el lugar de la lesión como defensa contra invasores microbianos y sustancias o estímulos nocivos inanimados. Los signos cardinales de inflamación son enrojecimiento e hinchazón, con calor y dolor y pérdida de la función. Los cambios y procesos de la inflamación no se conocieron bien hasta que Cohnheim, en 1882, dio su descripción clásica de los fenómenos vasculares que se producen en la inflamación. Metchnikoff, en otro trabajo clásico, delineó los fenómenos celulares de la inflamación y en 1905 hizo su descripción de la fagocitosis las grandes fases del proceso inflamatorio son las siguientes:

- Lesión de los tejidos, que genera la reacción inflamatoria.
- Hiperemia causada por dilatación de capilares y vénulas.
- Aumento de la permeabilidad vascular y acumulación de exudado inflamatorio que contiene leucocitos polimorfonucleares, macrófagos y linfocitos.
- Neutralización, dilución y destrucción del irritante.

- Limitación de la inflamación y circunscripción de la zona con tejido conectivo fibroso joven.
- Iniciación de la reparación.

El episodio inflamatorio agudo puede evolucionar hacia una reacción inflamatoria crónica, lo cual desemboca en un daño permanente a los tejidos afectados. Es probable que la cronicidad se deba al desencadenamiento extendido de la respuesta inflamatoria. (Perez Torres, H, 2011)

2.2.6. BOLSA PERIODONTAL

Una bolsa periodontal es la profundización patológica del surco gingival; es una de las características importantes de la enfermedad periodontal. El avance progresivo de la bolsa conduce a destrucción de los tejidos periodontales de soporte, aflojamiento y exfoliación de los dientes.

2.2.6.1. Signos y síntomas.

El único método seguro de localizar bolsas periodontales y determinar su extensión es el sondeo cuidadoso del margen gingival en cada cara del diente. Los signos clínicos siguientes indican la presencia de bolsas periodontales.

- Encía marginal rojo azulada, agrandada, con un borde “redondeado” separado de la superficie dental.
- Una zona vertical rojo azulada desde el margen gingival hasta la encía insertada, y a veces, hasta la mucosa alveolar.
- Una solución de continuidad vestibulolingual de la encía interdental.
- Encía brillante, blanda y con cambios de color junto a superficies radiculares expuestas.
- Hemorragia gingival.
- Exudado purulento en el margen gingival, o su aparición al hacer presión digital sobre la superficie lateral del margen gingival.

- Movilidad, extrusión y migración de dientes.
- La aparición de diastemas donde no los había.

Por lo general, las bolsas periodontales son indolorosas, pero pueden generar los siguientes síntomas; dolor localizado o sensación de presión después de comer, que disminuye gradualmente: sabor desagradable en áreas localizadas; una tendencia a succionar material de los espacios interdentes; dolor irradiado “En la profundidad del hueso”, que empeora los días de lluvia; una sensación “roedora” o sensación de picazón en las encías; la necesidad de introducir un instrumento puntiagudo en las encías, con alivio por la hemorragia que sigue: quejas de que los alimentos se “atascan entre los dientes”; se “sienten flojos los dientes”, o preferencia por comer “del otro lado”, sensibilidad al frío y calor; dolor en dientes sin caries. (Perez Torres, J., & Arista, 2010)

2.2.6.2. Clasificación

Las bolsas periodontales se clasifican según la morfología y su relación con las estructuras adyacentes.

Bolsa gingival (relativa o falsa) Una bolsa gingival está formada por agrandamiento gingival, sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes. El surco se profundiza a expensas del aumento de volumen de la encía. **Bolsa periodontal (absoluta o verdadera)** Este es el tipo de bolsa que se produce con destrucción de los tejido periodontales de soporte. Las bolsas absolutas son de dos clases:

- Supraósea (supracrestal), en la cual el fondo del hueso es coronario al hueso alveolar subyacente y
- infraóseo (intraósea, subcrestal o intraalveolar), en la cual el fondo de la bolsa es apical al nivel del hueso alveolar adyacente.
-

Bolsas de diferentes profundidades y tipos pueden coexistir en diferentes superficies de un mismo diente o superficies vecinas de un mismo espacio interdental. Las bolsas también pueden clasificarse, según el número de caras:

- Simple: una cara del diente.
- Compuesta: dos caras de dientes, o más. La base de las bolsas está en comunicación directa con el margen gingival en cada una de las caras afectadas del diente.
- Compleja: es una bolsa espiralada que nace en una superficie dental y da vueltas alrededor del diente, y afecta a otra cara o más. La única comunicación con el margen gingival está en la cara donde nace la bolsa. Para no pasar por alto bolsas complejas o compuestas, hay que sondear todas las bolsas, en sentido lateral y vertical.(Perez Torres, J., & Arista, 2010)

2.2.7 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

La asociación Dental Americana (ADA) y la Academia Americana de Periondontología (AAP) han desarrollado sistemas para clasificar las enfermedades periodontales. Tanto los sistemas de clasificación de la ADA y la AAP han sido descritos en detalle. De manera ideal, cada paciente debe ser identificado o categorizado en una clasificación periodontal, ya sea de la ADA o de la AAP. El sistema de clasificación de la Academia Americana de Periondontología (AAP) fue establecido para identificar diversos tipos de enfermedades periodontales tomando en consideración factores como la edad de instalación, la apariencia clínica, la tasa de progresión de la enfermedad, flora patógenas e influencias sistémicas. Las dos principales categorías son la gingivitis y la periodontitis. Con cada categoría se identifican tipos específicos de enfermedad Las subdivisiones de la gingivitis son: (Katzung, 2012)

- Gingivitis asociada a la placa:
- Gingivitis crónica
- Gingivitis Ulcerativa Necrotizante aguda
- Gingivitis asociada a condiciones sistémica o mediciones
- Inflamación gingival inducida por hormonas
- Gingivitis influencia por drogas

- Eritema gingival linear (EGL)
- Manifestaciones gingivales de enfermedades sistémicas y lesiones mucocutáneas:
 - Bacteriano, viral o fúngico
 - Discrasias sanguíneas
 - Enfermedades mucocutáneas

Las subdivisiones de periodontitis son:

- Periodontitis del adulto asociada a placa
- Periodontitis de inicio temprana
- Prepuberal
- Periodontitis juvenil
- Rápidamente progresiva
- Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas
- Periodontitis ulcerativa necrotizante
- Periodontitis refractaria

2.2.7.1 Clasificación de la asociación dental americana (ADA)

El sistema desarrollado por la Asociación Dental Americana se basa en la severidad de la pérdida de inserción. El clínico usa la información clínica, radiográfica obtenida y clasifica al paciente dentro de cuatro tipos. CASO TIPO I: Gingivitis CASO TIPO II: Periodontitis leve CASO TIPO III: Periodontitis moderada CASO TIPO IV: Periodontitis severa o avanzada (Stefano., 2009)

2.2.8. PERIODONTITIS CRÓNICA

Las características clínicas de la periodontitis crónica son: inflamación gingival (alteración de color y textura), sangrado durante el sondeo (SDS) en el área de la bolsa subgingival, resistencia reducida de los tejidos periodontales al sondeo (formación de bolsa periodontal), pérdida de inserción y pérdida de hueso alveolar. La encía presenta con frecuencia un aumento de volumen de leve a moderado y alteraciones de color entre

el rojo pálido y el violeta. La pérdida del graneado gingival y los cambios de la topografía de la superficie pueden incluir márgenes redondeados o romos y papilas aplanadas o en forma de cráter.

En muchos casos, los cambios de color, contorno y consistencia relacionados casi siempre con la inflamación gingival pueden no ser visibles en la inspección. La hemorragia gingival, ya sea espontánea o reactiva al sondaje, es frecuente; también se identifican exudados de la inflamación, esto es, el líquido gingival cervical y la supuración de la bolsa. La profundidad de la bolsa es variable y es posible hallar pérdidas óseas horizontales y verticales. La movilidad dentaria es común en los casos avanzados cuando ha ocurrido una pérdida ósea de consideración. La periodontitis crónica es variable en cuanto a que no afecta a todos los dientes por igual, sino que tienen predilecciones por sujetos y sitios. Cuando se consideran las alteraciones del nivel de inserción en el transcurso del tiempo, también resulta peculiar que solo algunos sitios experimentan realmente una destrucción periodontal amplia durante un periodo de observación determinado.

Esta enfermedad es más frecuente en la edad de los 30 y 40 años, puede estar toda la dentición por igual. Aunque más a menudo la distribución de la enfermedad es irregular, con destrucción más severa primordialmente en el área de molar, pero secundariamente también en el segmento anterior la periodontitis crónica puede ser exitosamente tratada por medio de terapia puramente mecánica, incluso si la cooperación y el compromiso del paciente no son óptimo. (Kreiser M., 2009)

2.2.8.1. Periodontitis localizada:

Se considera localizada la periodontitis cuando < 30% de los sitios evaluados en la boca presentan pérdida de la inserción y de hueso.

2.2.8.2. Periodontitis generalizada:

Es generalizada la periodontitis cuando > 30% de los sitios revisados en la boca sufre pérdida de inserción y ósea. El patrón de pérdida ósea observado en la periodontitis puede ser vertical, si la pérdida de inserción y de hueso sobre una superficie de un diente es mayor que la desarrollada sobre una superficie de un adyacente u horizontal, si la pérdida de inserción y ósea es uniforme en la mayoría de las superficies dentaria.

2.2.9 Periodontitis agresiva.

Afecta casi siempre a personas menores de 30 años, pero los pacientes pueden ser mayores la pérdida de inserción interproximal generalizada afecta al menos tres dientes permanentes que no son primeros molares ni incisivos, naturaleza episódica pronunciada de la destrucción de inserción y de hueso alveolar, escasa respuesta con anticuerpos séricos contra los agentes infecciosos. El diagnóstico de una de estas formas de periodontitis agresiva requiere la ausencia de enfermedades sistémicas que pueden disminuir severamente las defensas del huésped y llevar a la exfoliación dentaria prematura. En esas instancias el diagnóstico clínico correcto será: manifestación periodontal de una enfermedad sistémica, la periodontitis agresiva representa el grupo más heterogéneo e incluye las formas más graves de periodontitis.

Comprende las formas originalmente descritas como periodontitis juvenil generalizada, periodontitis severa (destrucción avanzada en comparación con la edad del paciente) o periodontitis rápidamente progresiva (ritmo elevado de progresión de lesiones en estas formas). Cada una de las formas de periodontitis agresiva generalizada es muy heterogénea en cuanto a la presentación clínica y la respuesta al tratamiento.

2.2.9.1 Diagnóstico Clínico

El diagnóstico es un paso fundamental que debe preceder al planeo del tratamiento. Se basa en el examen clínico y minucioso o sistemático de los tejidos periodontales y de la cavidad bucal y general, así como en una evaluación somera del estado sistémico del paciente. El examen clínico consiste en:

- el interrogatorio del paciente
- la búsqueda, de tensión y anotación de los hallazgos clínicos de interés. Para ello son de extrema utilidad las fichas clínicas bien planeadas que orientan la búsqueda de signos y síntomas, y permiten una labor ordenada.

Es de importancia revisar en forma sistemática la cavidad bucal, evitando que algunos hallazgos espectaculares impidan ver y evaluar otros quizá menos llamativos, pero igualmente o más reveladores de la verdadera causa del mal que aqueja al paciente. Hay una marcada tendencia hemorrágica y la encía puede aparecer aumentada de volumen y rojiza, los cambios hormonales del embarazo aumentan la respuesta inflamatoria iniciada por factores irritativos locales; sin embargo, no se produce una pérdida significativa de tejidos de inserción.

Antes de comenzar cualquier tratamiento, es obligatorio realizar un diagnóstico detallado, en donde la información debe estar basada en la historia del paciente, así como de exámenes clínicos, y en caso de ser necesario, radiológicos y de laboratorio. En primer lugar, el diagnóstico periodontal debe determinar si el paciente presenta la enfermedad; después, identificar el tipo, la extensión, la distribución y la gravedad de esta; proporcionando una comprensión de los procesos patológicos y su causa. El foco de interés debe ser el paciente que tiene la enfermedad y no la enfermedad en sí. Por tanto, el diagnóstico debe incluir una evaluación general del paciente y la evaluación de la cavidad bucal.(Kreiser M., 2009)

2.2.9.2 Historia Médica

Desde la primera visita, el odontólogo debe hacer una valoración general del paciente, incluidos el estado mental y emocional del paciente, el temperamento, la actitud y la edad fisiológica. La información de la historia general del paciente puede ser recopilada en la sala de espera, por medio de un cuestionario, que el paciente deberá contestar, estas respuestas se revisaran y discutirán a detalle durante la consulta dental. Se debe explicar al paciente la importancia que tienen los antecedentes médicos ya que tienden a omitir información que no relacionan con sus problemas dentales.

Se les debe explicar, la función que tienen algunas enfermedades sistémicas ya que existen factores conductuales que pueden ser parte de la causa de la enfermedad periodontal, así como la gran influencia de la infección bucal en la presentación y gravedad de diversas enfermedades o padecimientos sistémicos. Los antecedentes médicos ayudan al odontólogo en el diagnóstico de manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas, ya que pueden afectar la respuesta del tejido periodontal a factores locales, o que requieren cuidados o modificaciones especiales en los procedimientos de tratamiento. (Kreisler M., 2009)

En cuanto a los antecedentes dentales la primera pregunta que se hace es acerca de la razón de la consulta, algunos pacientes pueden ignorar el problema, pero muchos se quejan de presentar sangrado de encías, dientes flojos, separación de los dientes con aparición de espacios en lugares donde no los había, mal aliento bucal y comezón en las encías que alivian cuando introducen un palillo. El paciente también puede tener dolor de múltiples tipos y duración, como constante, ligero, agudo; dolor ligero después de comer; dolores profundos e irradiantes en los maxilares; dolor agudo y palpitante; sensibilidad al masticar; sensibilidad al frío y calor. Después se cuestiona lo siguiente:

- Accidentes, lesiones, operaciones quirúrgicas en cabeza y cuello.

- Tratamiento ortodóntico, duración y fecha aproximada de terminación.
- Hemorragia gingival, cuando se observó por primera vez, y si ocurre de manera espontánea, al cepillar o al comer, en la noche o con una periodonto de tiempo normal; si se relaciona con el periodo menstrual u otros factores.
- Restauraciones dentales.
- Prácticas de higiene oral del paciente como frecuencia del cepillado de dientes, método, tipo de cepillo y dentífrico y duración de uso antes de reemplazarlo, además de otros métodos de cuidado bucal; como enjuagues bucal, hilo dental.

Se debe hacer un estudio radiográfico que debe constar de un mínimo de películas radiográficas. Las radiografías panorámicas son un método simple y conveniente para obtener una vista del arco dental y las estructuras circundantes, también proporcionan información sobre el cuadro general de distribución y gravedad de la destrucción ósea en la enfermedad periodontal, pero se requiere una serie intrabucal completa para el diagnóstico periodontal y la planeación del tratamiento. Los modelos de estudio son complementos demasiado útiles en el examen bucal, estos indican la posición de los márgenes gingivales y la posición e inclinación de los dientes, las relaciones de contacto proximal y las áreas de impacción de los alimentos. Otro complemento muy importante son las fotografías ya que se pueden documentar la condición de los tejidos antes y después del tratamiento, y así el paciente tenga una idea bastante clara sobre el tratamiento que se está llevando a cabo o que finalizo satisfactoriamente.

Por lo general, el examen clínico inicia de forma extra oral, se debe incluir el color y perfusión de la piel, evaluación de la mucosa labial, asimetrías en la región de cabeza y cuello, y palpación de ganglios linfáticos submandibulares y sublinguales, puesto que las enfermedades

periodontales, periapicales y otras enfermedades bucales pueden ser el resultado de cambios en los ganglios linfáticos. La limpieza de la cavidad bucal se valora en términos generales, en los restos acumulados de la comida, placa, materia alba y manchas en la superficie dental, para esto se puede usar una solución reveladora para detectar placa, ya que de otra manera pasaría desapercibida. El mal olor también llamado feter ex ore, fetororis y halitosis, es un olor desagradable u ofensivo que emana de la cavidad bucal, estos olores pueden tener importancia diagnóstica y su origen puede ser bucal o extrabucal.

En el examen intraoral, en primer lugar se inspeccionan las membranas mucosas. Con el uso de un espejo dental se evalúa la condición de la mucosa masticatoria, de recubrimiento y especializada, comenzando en la región faríngea. En esta parte se evalúan:

- Mucosa del paladar blando y duro.
- Amígdalas, faringe.
- Mucosa de carrillos.
- Dorso y caras laterales de la lengua, piso de la boca.
- Encía: forma, color, consistencia.
- Índice de flujo y consistencia de la saliva.

En este apartado se examinan todos los dientes que se encuentran presentes en boca, se marcan con color azul las superficies dentales restauradas, con rojo las superficies dentales cariadas, defectos en el desarrollo, anormalidades de la forma del diente, desgaste ya sea por erosiones, atrición y abrasión, hipersensibilidad dentaria y sensibilidad a la percusión.

Existe otro apartado que es el examen periodontal, este debe ser sistemático, empezando en la región molar superior o inferior y después se procede alrededor del arco, es importante detectar los signos iniciales de la enfermedad gingival y periodontal. Las fichas para registrar los

hallazgos periodontales y relacionados proporcionan una guía para hacer un examen minucioso y un registro de la enfermedad del paciente, también son usados para evaluar la respuesta al tratamiento y la comparación en las visitas de seguimiento, sin embargo una ficha complicada en boca en vez de clarificar el problema puede hacerlo más difícil.(Kreiser M,, 2009)

Existen diversos métodos para evaluar la acumulación de placa y cálculos. Se puede observar de forma directa la presencia de placa y cálculos supra gingivales, la cantidad se mide con una sonda calibrada, se revisa con cuidado cada superficie dental al nivel de la inserción gingival, se puede usar aire caliente para separar la encía y ayudar en la observación de cálculo. Para la exploración de la encía primeramente se debe secar antes de realizar observaciones precisas, ya que el reflejo luminoso de la encía húmeda esconde detalles. Además del examen visual y la exploración con instrumentos, se debe usar la palpación ligera pero firme, esto es para detectar alteraciones patológicas de un estado normal, aparte de que sirve para localizar áreas de formación de pus.

Se deben considerar todas las características de la encía como lo son el color, tamaño, contorno, consistencia, textura de la superficie, posición, facilidad de sangrado y dolor. Se tiene que registrar la distribución de la enfermedad periodontal y su naturaleza aguda o crónica. Clínicamente, la inflamación gingival produce dos tipos básicos de respuesta: edematosa y fibrotica. La respuesta edematosa de los tejidos se caracteriza por una encía lisa, brillante, blanda y roja. Por otro lado en la respuesta fibrotica, persisten algunas características de normalidad, ya que la encía es más firme, graneada y opaca, aunque suele ser más gruesa y su margen esta redondeado.(Fermín A. Carranza, 2010)

2.2.9.3 Uso de índices clínicos en la práctica dental

En la práctica dental ha habido una tendencia hacia la extensión del uso de índices, todos estos, diseñados para estudios epidemiológicos. De todos los índices propuestos, el índice gingival y el índice de hemorragia del surco parecen ser los más útiles y los que se transfieren de forma más fácil a la práctica clínica.

2.2.9.4 Índice gingival

Para esta investigación el índice utilizado fue el de Løe y Sillness, este consiste en revisar las superficies vestibular, lingual, mesial y distal de todos los dientes después de secar la encía con aire. A cada superficie se le atribuye un valor:

- 0= encía normal o sana
- 1= inflamación leve, que se manifiesta por ligero cambio de color y ligero edema, pero no hay sangrado al sondeo.
- 2= inflamación moderada con sangrado al sondeo.
- 3= inflamación intensa, con enrojecimiento, edema, ulceración y tendencia a la hemorragia espontánea.

Los puntajes de cada superficie se suman y el resultado se divide entre cuatro para obtener el índice gingival de cada diente. Los valores de los índices de todos los dientes se suman y el resultado se divide entre el número de dientes, y así se obtiene el índice gingival. También puede obtenerse al sumar los datos de seis dientes (16, 12, 24, 36, 32 y 44) y dividir el resultado entre seis (índice gingival de Løe).(Kreisler M., 2009)

2.2.9.5 Índice de hemorragia del surco

Mühlemann proporciona una valoración objetiva y fácil reproducible del estado gingival, este índice es demasiado útil para detectar los cambios inflamatorios iniciales y la presencia de lesiones inflamatorias localizadas en la base de la bolsa periodontal.

2.2.9.6 Índice periodontal o de Russell

Este indicador proporciona información del número de personas con enfermedad periodontal, la cantidad de dientes con estructuras de soporte sanas, y también el total de dientes con estructuras de soporte alteradas. El índice se presenta con la medida aritmética de los resultados obtenidos de cada pieza dental. Los criterios se aplican a todos los dientes y el puntaje es el siguiente:

- 0= diente con periodonto sano
- 1= gingivitis alrededor de solo una parte del diente
- 6= formación de bolsa
- 8= pérdida de función por movilidad excesiva.

2.2.9.7 Bolsas periodontales

El examen de las bolsas periodontales debe incluir la presencia y distribución sobre cada superficie dental, la profundidad de la bolsa, el nivel de inserción sobre la raíz y el tipo de bolsa. Las bolsas periodontales suelen ser indoloras, pero pueden producir síntomas como dolor localizado o en ocasiones una sensación de presión después de comer, que disminuye de manera gradual, ay veces que también se presenta mal olor en áreas localizadas, sensibilidad al calor y frio. El único método preciso para para detectar y medir las bolsas periodontales es la exploración cuidadosa con una sonda periodontal, ya que estas no se pueden observar en un examen radiográfico. Hay dos profundidades de bolsa diferentes:(Betancourt V., 2012)

- Profundidad biológica o histológica
- Profundidad clínica o del sondeo

La profundidad biológica es la distancia entre el margen gingival y la base de la bolsa. Esta solo se puede medir en cortes histológicos con una preparación cuidadosa y una orientación adecuada. La profundidad del sondeo es la distancia a la que penetra el instrumento (sonda) en la bolsa, esta profundidad de penetración depende de factores como el tamaño de

la sonda, la fuerza con la que se introduce, la dirección de la penetración, la resistencia de los tejidos y la convexidad de la corona.

2.2.9.8 Técnica de sondeo

La sonda debe insertarse paralela al eje vertical del diente y desplazarse en una circunferencia alrededor de cada superficie de cada diente para detectar las áreas con la penetración más profunda. Se debe poner atención para detectar la presencia de cráteres interdientales y lesiones de furcación.

2.2.9.9 Nivel de inserción y profundidad de bolsa

La profundidad de bolsa es la distancia entre la base de la bolsa y el margen gingival. Esta profundidad puede cambiar de un momento a otro debido a los cambios en la posición del margen gingival. El nivel de inserción, por otra parte, es la distancia entre la base y un punto fijo sobre la corona, un ejemplo la unión amelo cementaria. Los cambios en el nivel de inserción pueden ser provocados solo por la ganancia o pérdida de inserción y, por tanto, proporcionan un mejor indicador del grado de destrucción periodontal.

En el progreso de la enfermedad periodontal alrededor de los dientes multirradiculares, el progreso destructivo puede involucrar las estructuras de soporte del área de furcación; es frecuente tener que emplear técnicas terapéuticas elaboradas para tratar adecuadamente estas lesiones, por lo tanto, la identificación precisa de la presencia y extensión de la destrucción de los tejidos periodontales en el área de furcación es importante para el adecuado diagnóstico y plan de tratamiento. (Domínguez A, 2012)

Evaluación de la movilidad dentaria

La pérdida continúa de los tejidos de soporte en la enfermedad periodontal progresiva puede generar un incremento en la movilidad dentaria. El aumento de la movilidad dentaria se puede clasificar en:

- Grado 1: movilidad de la corona dentaria 0.2 a 1mm en dirección horizontal.
- Grado 2: movilidad de la corona dentaria excediendo 1mm en dirección horizontal.
- Grado 3: movilidad de la corona dentaria en sentido horizontal y vertical.

- **Tratamiento de la enfermedad periodontal**

El plan de tratamiento se divide en las siguientes fases:

- Fase básica (remoción y control de placa dentobacteriana)
- Raspado y alisado radicular
- Fase quirúrgica
- Terapia farmacológica
- Fase de prevención.

- **Fase básica**

Esta fase incluye la eliminación de sarro y placa dentobacteriana. Esta fase del tratamiento periodontal es la más importante, ya que muchas veces se exagera el valor de las otras fases de tratamiento y se le resta importancia a la técnica de tratamiento para detener y prevenir la enfermedad periodontal.

- **Raspado y alisado radicular**

Los efectos beneficiosos del raspado y pulido radicular, combinado con el control personal de la placa en el tratamiento de la periodontitis crónica, ha sido validado. Esto incluye reducción de la inflamación clínica, cambio microbiano a una flora menos patógena, disminución de la profundidad al sondaje, ganancia de la inserción clínica y una menor progresión de la enfermedad periodontal. Los procedimientos del raspado y pulido

radicular requieren técnica y consumo de tiempo. Estudios muestran que la condición clínica mejora en el segundo pulido radicular, sin embargo, algunos sitios no responden a esta terapia. La adición del curetaje gingival al pulido radicular en el tratamiento de la periodontitis crónica generalizada con sacos supraoseos poco profundos no reduce significativamente la profundidad al sondaje o ganancia de inserción clínica más allá que la alcanzada con el raspado y pulido radicular solo.

Existen factores los cuales pueden limitar el tratamiento del pulido radicular como lo son la anatomía radicular (concavidades, surcos). Varias semanas después a la terminación del pulido radicular y el esfuerzo por mejorar el control de la higiene oral, la re-evaluación conducirá a determinar la respuesta al tratamiento. La respuesta del huésped puede también que tenga un efecto en el resultado del tratamiento y pacientes con condiciones sistémicas como ejemplos, la diabetes mellitus, stress, síndrome de inmunodeficiencia. (Perez Torres, J., & Arista, 2010)

- **Fase quirúrgica**

El tratamiento quirúrgico se usa en casos de infección avanzada y en bolsas demasiado profundas para sanar solo con el alisado radicular. Puede hacerse cirugía tanto en los tejidos blandos como en el hueso, todo esto para ayudar al proceso de curación. En esta se incluye la cirugía periodontal, que van a ser los procedimientos quirúrgicos dirigidos a devolver la arquitectura normal del periodonto. Para la cirugía periodontal se utilizan dos procedimientos: Campo cerrado: el operador trabaja guiándose por su juicio clínico y sentido del tacto.

Campo abierto: el operador tiene buena visibilidad del campo operatorio, estas son las técnicas de colgajo. Las técnicas quirúrgicas más utilizadas en periodoncia son:

- Curetaje gingival y subgingival
- Gingivectomia- gingivoplastia
- Colgajo periodontal (curetaje quirúrgico)

- Cirugía mucogingival
- Cirugía periodontal

- **Fase de prevención**

Para finalizar el tratamiento, se debe lograr que el paciente lleve a cabo de manera correcta la fase de mantenimiento siguiendo las indicaciones siguientes.

- Evaluación del control de placa
- Control de caries
- Control de movilidad dentaria
- Sondaje
- Control radiológico

El paciente recibe una sesión completa de raspaje, alisado radicular y pulimiento. Con frecuencia se debe reforzar la fase básica y es importante hacer sondajes rutinarios principalmente en zonas sospechosas. Las posibilidades de recurrencia de la enfermedad periodontal están siempre presentes cuando se ha dejado inadvertidamente placa subgingival y el paciente no ha logrado obtener una buena técnica de placa dentobacteriana. (stefano., 2009)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Bolsa periodontal.- Una bolsa periodontal es la profundización patológica del surco gingival; es una de las características importantes de la enfermedad periodontal. El avance progresivo de la bolsa conduce a destrucción de los tejidos periodontales de soporte, aflojamiento y exfoliación de los dientes.

Características de la inflamación.- Se puede definir la inflamación como la respuesta normal de los tejidos vivos a la lesión. Se caracteriza por una evolución específica de alteraciones fisiológicas y bioquímicas. El proceso inflamatorio reúne todos los recursos del organismo y los presenta en el lugar de la lesión como defensa contra invasores microbianos y sustancias o estímulos nocivos inanimados.

Inflamación La mayoría de las enfermedades periodontales son inflamatorias, como la prueba el infiltrado celular denso en el corion gingival subyacente a la bolsa, y el exudado, que contiene leucocitos polimorfonucleares y componentes séricos inflamatorios que salen de la bolsa.

Enfermedad periodontal.-la periodontitis es una condición inflamatoria progresiva que destruye las fibras de los ligamentos periodontales y el hueso alveolar y puede, eventualmente ocasionar la pérdida de los dientes. Aunque la gingivitis suele proceder a la periodontitis, no todas las gingivitis progresan a periodontitis.

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, "...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados".

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter personal. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude.

Esos resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco

teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

Los elementos apuntados evidencian la importancia de este momento en la vida académica estudiantil, que debe ser acogido por estudiantes, tutores y el claustro en general, como el momento cumbre que lleve a todos a la culminación del proceso educativo pedagógico que han vivido juntos.

2.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Prevalencia de la Periodontitis

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología

2.6 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Independiente Prevalencia de la Periodontitis	Enfermedad Periodontal más comunes en la cavidad bucal	reacciones inflamatoria e inmunitaria frente a la placa microbiana constituyen los rasgos predominantes de la Gingivitis y la Periodontitis	Complicaciones que presenta en la cavidad bucal	Clínicamente, signos y síntomas
Dependiente Pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Facultad Piloto de Odontología	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades periodontales	Especialidad odontológica que se encarga del cuidado y la salud del periodonto	Habilidad del profesional odontólogo.	Técnicas necesarias para mantener la salud de los tejidos de soporte del diente

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas métodos y procedimientos que fueron utilizados para llevar a cabo dicha investigación.

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No Experimental.- esta investigación se declara como no experimental porque no se están manipulando las variables.

Métodos y técnicas empleadas para la investigación.

- **Métodos**

Analítico-sintético: Nos dio la facilidad de analizar las principales opiniones y revisar por partes, los textos que describen la problemática objeto de estudio. También nos dio la posibilidad de profundizar en las conclusiones a las que arribamos sobre la Prevalencia de la periodontitis en pacientes atendidos en la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil desde el periodo académico 2014-2015

Inductivo-deductivo: Todos los textos utilizados se analizaron, a través de la inducción analítica, para desarrollo la investigación, para esto se partió de las potencialidades que ofrecen diferentes autores.

3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Según la naturaleza de los objetivos en cuanto al nivel de conocimiento que se desea alcanzar el tipo de investigación que se aplico fue:

Investigación Teórica: Porque la investigación se fundamenta científicamente en las variables del proyecto a través de consultas en Internet.

Este método es aquel que permite la utilización de instrumentos bibliográficos como revistas y artículos de internet etc. Estos documentos son absolutamente imprescindibles ya que son los hilos que permiten localizar y seleccionar información para este estudio.

Es un estudio descriptivo: porque permite analizar e interpretar los diferentes elementos del problema como es la Prevalencia de la periodontitis en pacientes atendidos en la clínica integral de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil desde el periodo académico 2014-2015

En la investigación se realiza un estudio descriptivo que permite poner de manifiesto los conocimientos teóricos y metodológicos del autor.

Investigación Correlacional: Tiene como finalidad establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables.

Investigación Transversal

Se lo realizará en un tiempo determinado, que abarca el periodo del año 2014-2015.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS

La investigación se pudo llevar a cabo por medio de libros, revistas, páginas web.

3.3.1. TALENTO HUMANO

1: Tutor Académico: Dra. Blanca Azucena Rodríguez Ochoa.MSc.

2: Tutor Metodológico: Od. William Ubilla Mazzini.MSc.

3: Autor: Ronald Orellana

3.3.2. RECURSOS MATERIALES

Computadora, impresora, lápiz, borrador.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.

En esta investigación se realizó el universo y la muestra, porque fue desarrollado como una revisión literaria.

3.5 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

La fase conceptual de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que representa a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

La fase metodológica es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño:

Elección del diseño de investigación: ¿Qué diseño se adapta mejor al objeto del estudio? ¿Queremos describir la realidad o queremos ponerla a prueba? ¿Qué metodología nos permitirá encontrar unos resultados más ricos y que se ajusten más a nuestro tema de investigación?

Definición de los sujetos del estudio: ¿Quién es nuestra población de estudio? ¿Cómo debo muestrearla? ¿Quiénes deben resultar excluidos de la investigación?

Descripción de las variables de la investigación: Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. ¿Qué se entiende por cada una de las partes del objeto de estudio? ¿Cómo se va a medirlas?

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: ¿Desde qué perspectiva se aborda la investigación? ¿Qué herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Este es el momento en el que decidimos si resulta más conveniente pasar una encuesta o "hacer un grupo de discusión", si debemos construir una escala o realizar entrevistas en profundidad. Y debemos explicar además cómo vamos analizar los datos que recojamos en nuestro estudio.

La fase empírica es, sin duda, la que nos resulta más atractiva, Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente. Análisis de los datos: Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio,

según se pretenda explorar o describir fenómenos o verificar relaciones entre variables.

Interpretación de los resultados:

Un análisis meramente descriptivo de los datos obtenidos puede resultar poco interesante, tanto para el investigador, como para los interesados en conocer los resultados de un determinado estudio. Poner en relación los datos obtenidos con el contexto en el que tienen lugar y analizarlo a la luz de trabajos anteriores enriquece, sin duda, el estudio llevado a cabo.

Difusión de los resultados: Una investigación que no llega al resto de la comunidad de personas y profesionales implicados en el objeto de la misma tiene escasa utilidad, aparte de la satisfacción personal de haberla llevado a cabo. Si pensamos que la investigación mejora la práctica clínica comunicar los resultados de la investigación resulta un deber ineludible para cualquier investigad.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la investigación realizada utilizando 302 historias clínicas del área de periodoncia de clínica integral la cual fue divididas de acuerdo a la gravedad de la enfermedad periodontal, y en clasificación por sexo.

Fuente: Facultad de Odontología

Autor: Ronald Orellana

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

Edad	Frecuencia absoluta	Porcentaje
40-50 años	14	7%
51-60 años	50	25%
61-70 años	66	33%
71-80 años	52	26%
81-90 años	18	9%
total	200	100%

TABLA N° 1.

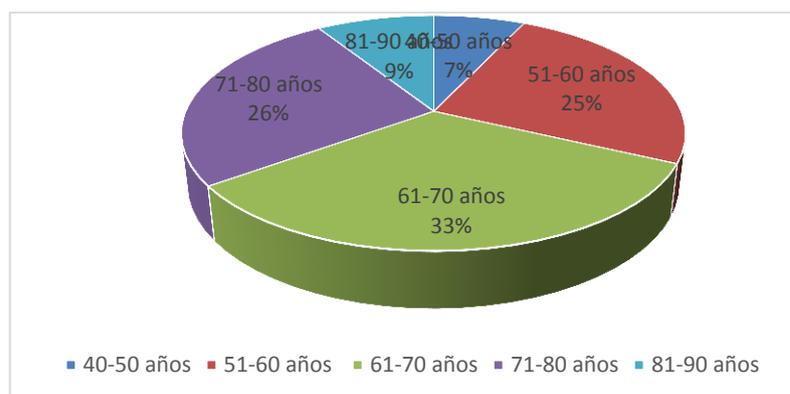


GRÁFICO N° 1.

ANÁLISIS: Del total de historias clínicas analizadas (200), respecto a la edad, los pacientes se distribuyeron en cinco grupos de 10 años, a partir de los 40 años de edad hasta los 90 años, en donde se pudo determinar que el mayor número de historias clínicas revisadas se encontraron en los rangos de 50-60 años (25%), 61-70 años (33%), 71-80 años (26%)

Fuente: Facultad de Odontología

Autor: Ronald Orellana

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GÉNERO

Genero	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Femenino	132	66%
Masculino	68	34%
total	200	100%

TABLA N° 2.

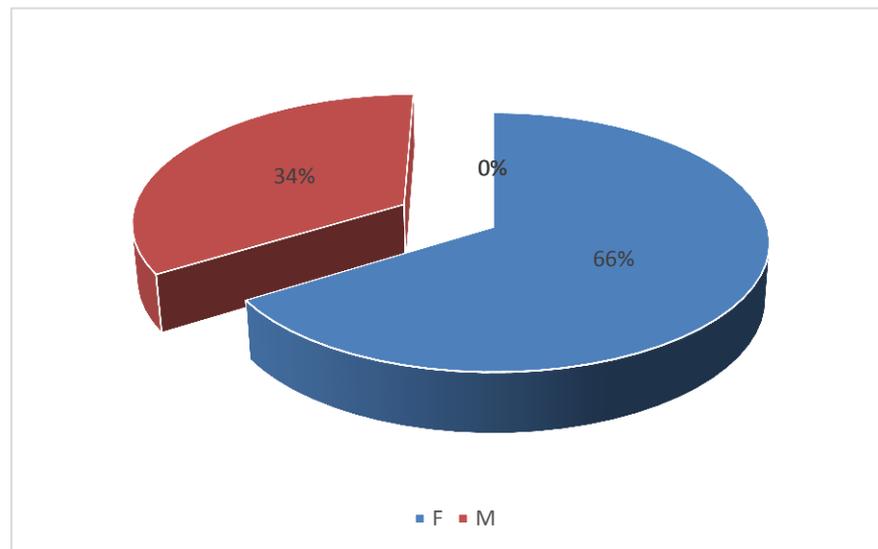


GRÁFICO N° 2.

ANÁLISIS: De las 200 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión se distribuyeron de acuerdo con el género en 66 (66%) pacientes mujeres, y 34 (34%) pacientes hombres. (Tabla N°2)

Fuente: Facultad de Odontología

Autor: Ronald Orellana

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR RESIDENCIA

Residencia	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Rural	16	8%
Urbana	184	91%
total	200	100%

TABLA N° 3.

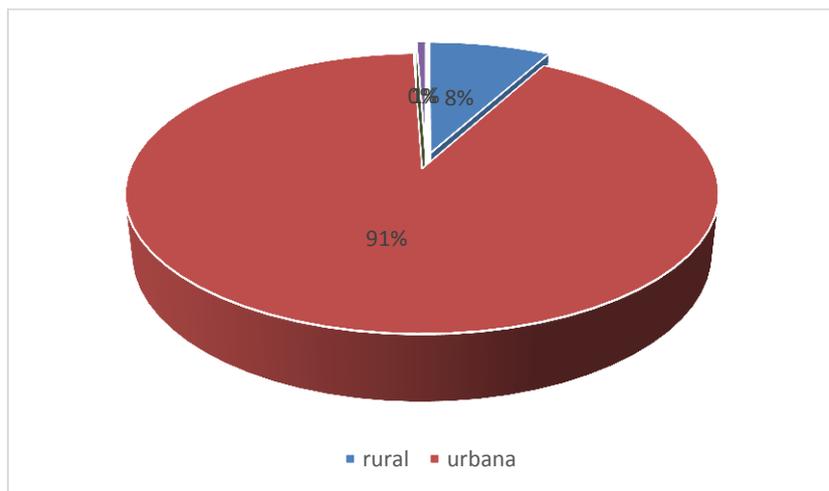


GRÁFICO N° 3.

ANÁLISIS: De las 200 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión se distribuyeron de acuerdo con el área de residencia de los cuales 16 (16%) son de área rural, y 184 (184%) pertenecen al área urbana, determinando como resultado que la mayoría de pacientes pertenecen al área urbana. (Tabla N°3)

Fuente: Facultad de Odontología

Autor: Ronald Orellana

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR NIVEL DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Tipo de Enfermedad Periodontal	Frecuencia absoluta	Porcentaje (%)
Periodontitis	60	30%
Gingivitis	140	70%
total	200	100%

TABLA Nº 4

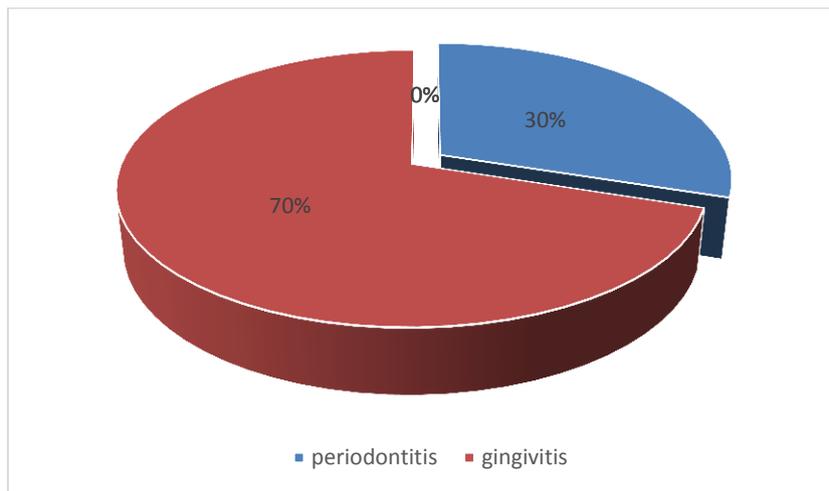


GRÁFICO Nº4

ANÁLISIS: De las 200 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión se distribuyeron de acuerdo al nivel de enfermedad periodontal de los cuales 60 (60%) presenta periodontitis, y 140 (140%) presentan gingivitis, determinando como resultado que la mayoría de pacientes presentan gingivitis. (Tabla Nº4)

5. CONCLUSIONES

- El 100% de los pacientes incluidos en este estudio presentaron algún tipo de enfermedad periodontal, por lo que podemos afirmar que la edad, la flora bacteriana es el principal factor para originar la enfermedad periodontal.
- En nuestro estudio en el que se analizó con 200 historias clínicas podemos concluir que una mayor prevalencia de enfermedad periodontal la encontramos en la mujer 66 %.
- El mayor porcentaje de pacientes con enfermedad periodontal están en el rango de 60 a 70 años, con 33%, cabe resaltar que a mayor edad existe más riesgo para presentar enfermedad periodontal.
- Este estudio fue realizado con el objetivo principal de determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes que acudieron en la Clínica Integral de la Facultad de Odontología

6. RECOMENDACIONES

- Analizar no solo las historias clínicas si no al paciente para futuros proyectos de similares características para ampliar la muestra.
- Uno de los motivos para seguir realizando trabajos de este tipo es porque no se le ha dado demasiada importancia al riesgo de presentar enfermedad periodontal que podrían repercutir en otros problemas como la Diabetes Mellitus.
- Analizar si la edad tiene relación con la enfermedad Periodontal.
- Analizar el índice de Enfermedad Periodontal no solo con los pacientes de la Facultad Piloto de Odontología.

BIBLIOGRAFIA

1. Thoma, M. (2010). Patología oral. *Salvat editores* , Pp. 21,22.
2. A., Flores J. Armijo J. Mediavilla; A., Arista. (2010). Enfermedad Periodontal. *Medic* , 7-15.
3. Andersen L. (2011). Crit Rev Oral Biol Med. cro.sagepub.com.
4. Andrew P. (2010). Principios de Medicina de Harrison. 94.
5. Átilas N,. (2010). hipertension arterial. www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/hiposalivacion_inducida_dr.
6. Betancourt V. (2012). Prevalencia dela enfermedad periodontal en mujeres embarazadas. *Artemisa* , 12-22.
7. Betancourt y Col. (2010). prevalencia d ela enfermedad periodontal en mujeres embarazadas. *universidad del municipio de florida* .
8. Carranza, F. (2010). Compendio de periodoncia. *Editorial Mundi S. A. I. C y F. Tercera* , pp 1-2,26-36, 53-54, 88-89, 90-95, 221.).
9. Del Arrollo. (2009). complicaciones potoperatorias en cirugia de tercer molar. *universidad UPCH* .
10. Docentes de la Escuela pública. (Julio 2010). relación entre la microbiota periodontal y la hipertensión. *Universidad de Columbia, en Nueva York, E.U* .
11. Domínguez A. (2012). Evolucion de la periodontitis. *Avances en periodoncia* , 25-30.
12. Fermín A. Carranza, J. M. (2010). Periodontología clínica. *Avances odontologicos* , 20-27.
13. García F. (2010). Odontología Preventiva. <http://www.dentalw.com/papers/general/est01195.htm>.
14. Gazitúa R. (2011). <http://escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/210PresionArterial.htm>.
15. Higashida. (2013). Odontología preventiva,. *McGraw Hill Interamericana* , Pp.141- 149,.

16. Horacio., M. C. (10 de junio de 2005). <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>. Recuperado el 12 de Junio de 2015, de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
17. Huidobro y Col. (2009). deficiencia de la higiene bucal. *revista odontologica mexicana* .
18. José M. (2011). Identificación de factores de riesgo asociado a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. *Revisat de ciencias odontologicas.* , 82-90.
19. Katz, M. S. (2011). Odontología preventiva en acción. *Avances en periodoncia* , 33-56.
20. Katzung, B. (2012). Periodontitis en odontología. *Acta odontologica Venezolana* , 75-86.
21. Kotchen T. (2011). Hypertensive vascular disease. *Principles of Internal Medicine. 18th ed. McGraw-Hill* .
22. Kreisler M, Kauffmann C. (2009). Complicaciones postoperatorias en la exodoncia de terceros molares. *Quintessence publicación internacional de odontología* , 157-166.
23. Kumar P. (2010). hypertensive patients: A clinical study. *Journal of Oral and Maxilofacia. revista online* , <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/1850/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-104.pdf>.
24. Liliana N. (2010). Enfermedad Periodontal como factor de riesgo. *Avances en Periodoncia.* , 10-18.
25. Liras, A. (2008). *Federacion Nacional de Cirujanos Maxilo Facial*. Recuperado el 16 de Marzo de 2014, de complicacion postoperatorias: <http://www.cirugia.com/fedhemo/que-es-la-cirugia/conceptos-basicos/la-cirugia/index.html>
26. Miranda, C. (2014). *Instituto Maxilofacial Internacional*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de Cirugía Maxilofacial: <http://www.imiquiron.com/servicios/cirugia-maxilofacial.html>
27. Pattison. (2011). Instrumentación en Periodoncia. *Editorial Apleton y Lange* , pp. 343.

28. Peñaloza De La Torre U. (2010). Complicaciones post-exodoncia más comunes en la clínica de la universidad nacional Jorge Basadre Grohmann. *Revista Médica Basadrina* , 35-40.
29. Perez Torres, H. (2011). exodoncia de terceros molares. *Medic* , 12-19.
30. Perez Torres, H. E., J., F., & Arista, A. (2010). enfermedad operiodontal. *Artemisa* , 15-23.
31. Rodriguez A. (2010). relación entre la microbiota periodontal y la hipertensión. *Universidad de Columbia, en Nueva York, E.U* .
32. Sánchez, D. (2010). Estado de salud oral, conocimientos, actitudes, prácticas y autopercepción de pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud. *Abstract de tesis de grado* .
33. Sanchez B. J. M.; Hernández B. S.; Peñarrocha D. M. (2009 (mexico)). Flap repositioning versus conventional suturing in third molar surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* .
34. Stefano. (2009). insidencia de enfermedad periodontal en adultos mayores. *Odontocip* , 50-62.

ANEXOS