



**UNIDAD ACADÉMICA DE LA SALUD**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TESIS DE GRADO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:**

**ODONTOLOGO**

**TEMA:**

**“INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y SU RELACIÓN CON LA**

**SALUD GINGIVAL”**

**PROPUESTA ALTERNATIVA**

**AUTOR:**

**LEONARDO ALEJANDRO NAVARRETE ÁVILA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. VÍCTOR ARMENDÁRIZ ESPINOZA Mg. Ge**

**PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR**

**2012**



## CERTIFICACIÓN

DR. Víctor Armendáriz Espinoza Mg. Ge. Certifico que la tesis de investigación titulada, **“Infecciones Respiratorias Agudas y su Relación con el Estado de la Salud Gingival”**, es trabajo original del señor; Leonardo Alejandro Navarrete Ávila . La misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....  
Dr. Víctor Armendáriz Espinoza Mg. Ge.  
DIRECTOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD  
“SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”  
CARRERA DE ODONTOLOGIA  
TEMA:  
“INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y SU RELACIÓN CON LA  
SALUD GINGIVAL”  
PROPUESTA ALTERNATIVA  
TESIS DE GRADO  
SOMETIDA A CONSIDERACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINAR COMO  
REQUISITO PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:  
ODONTOLOGO**

\_\_\_\_\_  
Dra. Ángela Murillo Almache Mg. Sp.  
PRESIDENTA

\_\_\_\_\_  
Dr. Víctor Armendáriz Espinoza Mg. Ge.  
DIRECTOR

\_\_\_\_\_  
Dra. Nelly San Adres Plua Mg. Sc.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

\_\_\_\_\_  
Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

\_\_\_\_\_  
Dra. Lilian Bowen Mendoza Mg. Gs  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

\_\_\_\_\_  
Ab. Julia Morales de Mendoza  
SECRETARIA ACADEMICA

## **DEDICATORIA**

Mi tesis está dedicada.

A Dios por permitirme despertar todos los días y por ayudarme a seguir adelante en las adversidades que me encuentro en el camino de la vida.

A mis padres, Leonardo Navarrete, Janeth Ávila, porque yo le debo todo lo que soy, siempre apoyándome y ayudándome a levantar cuando me he caído, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi vida y mi carrera. Es por eso que este esfuerzo va por ustedes, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi esposa Gema Suarez y a mi hijo Jeffry Navarrete por ser también el apoyo que me permitió seguir adelante y no rendirme por mas obstáculo que se me haya puesto en el camino.

A mi abuela, hermanos, tios, suegros y amigos, por haber fomentado el deseo de que si puedo llegar a cumplir mis metas.

**LEONARDO ALEJANDRO NAVARRETE AVILA**

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente a Dios por darme la vida, a mis padres por guiarme en el camino, a mi esposa e hijo que son la fuente de mi poder para seguir, a mis familiares y amigos por creer en mí.

A mis maestros, a quien le debo gran parte de mis conocimientos y habilidades gracias por su paciencia, sus consejos y por guiarme siempre con su apoyo para no desmayar, a la universidad por ser mi segunda casa y abrirme las puertas para poder prepararme para un futuro competitivo y formarme como una persona exitosa y de bien.

## **INDICE GENERAL**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>i</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>iii</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
<b>CAPÍTULO II</b>	
2. <b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
3. <b>FORMULACIÓN DE OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
3.1. Objetivo general	5
3.2. Objetivos específicos	5
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4. <b>HIPÓTESIS</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	
5. <b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
5.1. <b>Marco institucional</b>	<b>7</b>
5.2. <b>INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUADAS</b>	<b>8</b>
5.2.1. Que son las infecciones respiratorias agudas	8
5.2.2. Epidemiología y causas	10
5.2.3. Clasificación	11
5.2.4. Tratamiento	13
5.2.4.1 Antiinflamatorios no esteroideos	13
5.2.4.1.2. Acido acetil salicílico	14

5.2.4.1.3.	Naproxeno	16
5.2.4.1.4.	Nimesulide	18
5.2.4.2.	Antibióticos	19
5.2.4.2.1.	Amoxicilina	20
5.2.4.2.2.	Azitromicina	22
5.2.5.	<b>ASMA</b>	23
5.2.5.1.	Epidemiología	25
5.2.5.2.	Etiología	25
5.2.5.3.	Genética	26
5.2.5.4.	Patogenia	28
5.2.5.5.	Anatomía patológica	30
5.2.5.6.	Cuadro clínico	31
5.2.5.7.	Diagnostico	33
5.2.5.8.	Función pulmonar	36
5.2.5.9.	Radiografía	36
5.2.5.10.	Tratamiento	37
5.2.5.11.	Nebulización	38
5.2.5.12.	Farmacéutica	39
5.2.6.	<b>SINUSITIS</b>	40
5.2.6.1.	Etiología	40
5.2.6.2.	Sinusitis aguda	41
5.2.6.3.	Sinusitis crónica	42
5.2.6.4.	Patogenia	42
5.2.6.5.	Clínica	43
5.2.6.6.	Diagnostico	45

5.2.6.7.	Tratamiento	47
5.2.7.	<b>NEUMONÍA</b>	48
5.2.7.1.	Causas	48
5.2.7.2.	Síntomas de neumonía	49
5.2.7.3.	Prevención	50
5.2.7.4.	Tipos de neumonía	51
5.2.7.4.1.	Neumonía neumococica	51
5.2.7.4.1.1.	Síntomas	51
5.2.7.4.1.2.	Diagnostico	52
5.2.7.4.1.3.	Tratamiento	52
5.2.7.4.2.	Neumonía estafilocócica	53
5.2.7.4.2.1.	Síntomas	53
5.2.7.4.2.2.	Diagnostico	53
5.2.7.4.2.3.	Tratamiento	54
5.2.7.4.3.	Neumonía causada por bacilos gram negativos	54
5.2.7.4.3.1.	Síntomas	54
5.2.7.4.3.2.	Diagnostico	55
5.2.7.4.3.3.	Tratamiento	55
5.2.7.4.4.	Neumonía causada por haemophilus	56
5.2.7.4.4.1.	Síntomas	56
5.2.7.4.4.2.	Diagnostico	56
5.2.7.4.4.3.	Tratamiento	57
5.2.8.	<b>RINITIS</b>	57
5.2.8.1.	Causas	58
5.2.8.2.	Síntomas de rinitis	59

5.2.8.3	Tratamientos	60
5.2.9.	Síndrome de respirador bucal	61
5.3.	<b>SALUD GINGIVAL</b>	64
5.3.1.	Placa dental	67
5.3.2.	Calculo dental	68
5.3.3.	Halitosis	69
5.3.4.	Xerostomía	70
5.3.5.	Claves para una correcta salud gingival	71
5.3.6.	Tipos de gingivitis	73
5.3.7.	Gingivitis simple	74
5.3.8.	Recesión gingival	76
5.3.9.	Factores causales para la recesión	76
5.3.10.	Gingivitis crónica	77
5.3.11.	Gingivitis escorbútica	77
5.3.12.	Gingivitis de la pubertad	78
5.3.13.	Gingivitis menstrual	78
5.3.14.	Gingivitis ulceronecrosante	78
5.3.15.	Enfermedad gingival inducida por placa dental	80
5.3.1.5.1	Asociada con la placa bacteriana solamente	80
5.3.1.5.2	Asociada con la placa bacteriana pero modificada por factores sistémicos	80
5.3.16.	Gingivitis asociada con placa dental únicamente	81
5.3.17.	Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos	82
5.3.1.7.1	Liquen plano	82
5.3.1.7.2	Penfigoide	83

5.3.1.8 Pénfigo vulgar	84
5.3.1.9 Lupus eritematoso	85
5.3.2 Enfermedad gingival modificada por medicamentos	86
5.3.3 Enfermedad gingival modificada por nutrición	86
5.3.4 Enfermedad gingival de origen bacteriano específico	87
5.3.5 Enfermedad gingival de origen viral	88
5.3.5.7 Gingivoestomatitis herpética primaria	88
5.3.5.8 Herpes zoster	89
5.3.6 Enfermedad gingival de origen fúngico	90
5.3.6.7 Candida albicans	90
5.3.7 Melanosis gingival	91
5.3.8 Lesiones gingivales de origen genético	92
5.3.8.7 Fibromatosis gingival hereditaria	92

## **CAPITULO VI**

6 Metodología de la investigación	93
6.1. 2. Nivel o tipo de investigación	93
6.2. Técnicas	94
6.3. Instrumentos	95
6.4. Recursos	95
6.4.1. Talento humano	95
6.4.2. Recursos tecnológicos	95
6.4.3. Materiales	95
6.4.4. Recursos económicos	96
6.5. Población y muestra	96
6.5.1. Población	96

6.5.2. Tamaño de la muestra	96
6.5.3. Tipo de muestra	96
<b>CAPITULO VII</b>	
7. Análisis e interpretación de los resultados	97
7.1. Análisis e interpretación de los resultados de la encuesta	97
7.2. Análisis e interpretación de los resultados de la ficha de observación	117
7.3. Cruce de información del objetivo 1	131
7.4. Cruce de información del objetivo 2	133
7.5. Cruce de información del objetivo 3	135
7.6. Cruce de información del objetivo 4	137
7.7. Tipo y tiempo de administración de antibióticos	139
<b>CONCLUSIONES</b>	141
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	142
<b>PROPUESTA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## INDICE DE GRAFICUADROS

### Análisis e interpretación de resultados de las encuestas

#### Graficuario #1

¿Cuál de estos medicamentos utiliza usted para sus problemas respiratorios? 97

Análisis e interpretación 98

#### Graficuario #2

¿Qué tiempo tiene usted ingiriendo medicamentos para su problema respiratorio? 99

Análisis e interpretación 100

#### Graficuario #3

¿Presenta usted? 101

Análisis e interpretación 102

#### Graficuario #4

Frecuentemente usted respira por la boca 103

Análisis e interpretación 104

#### Graficuario #5

¿Se despierta frecuentemente con la boca seca? 105

Análisis e interpretación 106

#### Graficuario #6

¿Con que frecuencia presenta usted problemas respiratorios al año? 107

Análisis e interpretación 108

#### Graficuario #7

¿Le sangran las encías espontáneamente? 109

Análisis e interpretación	110
Graficuario #8	
¿Presenta mal aliento?	111
Análisis e interpretación	112
Graficuario #9	
¿Presenta dolor en dientes?	113
Análisis e interpretación	114
Graficuario #10	
¿Presenta dolor en encías?	115
Análisis e interpretación	116

### **Análisis e interpretación de resultados de las fichas de observación**

Graficuario #1	
¿Placa dental?	117
Análisis e interpretación	118
Graficuario #2	
¿Calculo dental?	119
Análisis e interpretación	120
Graficuario #3	
¿Gingivitis?	121
Análisis e interpretación	122
Graficuario #4	
¿Manchas?	123
Análisis e interpretación	124
Graficuario #5	

¿Movilidad dental?	125
Análisis e interpretación	126
Graficuario #6	
¿Recesión gingival?	127
Análisis e interpretación	128
Graficuario #7	
¿Sangrado de encías?	129
Análisis e interpretación	130
Graficuario #1	
Cruce de información objetivo #1	131
Análisis e interpretación	132
Graficuario #2	
Cruce de información objetivo #2	133
Análisis e interpretación	134
Graficuario #3	
Cruce de información objetivo #3	135
Análisis e interpretación	136
Graficuario #4	
Cruce de información objetivo #4	137
Análisis e interpretación	138

## INTRODUCCION

Las IRA son un conjunto de enfermedades que afecta las vías por donde pasa el aire en el cuerpo humano y son causadas tanto por virus como por bacterias.

Este grupo de enfermedades son la principal causa de consulta en los servicio de salud y la que causa más muertes, especialmente en niños menores de 5 años y en personas mayores de 60 años.

La mayoría de las veces las infecciones respiratorias agudas se presentan en forma leve; pero hay que prestarles mucha atención, especialmente cuando el enfermo es menor de 2 meses, tiene bajo peso o presenta problemas de desnutrición, ya que esto favorece el riesgo de complicaciones y con ello se aumenta las posibilidades de muerte.

Las IRA son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados. En promedio en el área urbana un niño presenta entre 5 y 8 episodios de IRA por año, la incidencia en el área rural es menor.

Los profesionales de la odontología han manifestado, desde hace mucho tiempo, interés en la prevención de las enfermedades bucales. Históricamente, el enfoque preventivo dominante ha estado basado en el modelo de comportamiento. Este ha puesto énfasis en brindar información sobre salud bucal a los pacientes y a la población general, suponiendo que el aumento de conocimientos llevaría a cambios en los comportamientos de salud bucal, y finalmente, a un mejor estado de salud bucal. Se desarrollaron programas de educación en salud bucal para ser utilizados, principalmente, en las escuelas y en los contextos clínicos. Estos programas utilizaron una serie de métodos y materiales diseñados para mejorar los conocimientos y la conciencia sobre salud bucal. En décadas recientes, en consonancias con los avances

en salud pública, ha tenido lugar un cambio en el enfoque prevalente con respecto a prevención de la salud.

## ANTECEDENTES

El hospital Verdi Cevallos Balda está ubicado en la parroquia 12 de Marzo del cantón Portoviejo. El hospital Verdi Cevallos Balda empezó a funcionar en el 1884 en el primer piso de una casa de caña en lo que actualmente es la escuela Tiburcio Macías y apenas un solo médico acompañado de 4 mujeres atendían a los heridos bajo los ruidos de los fusiles y cañones. Para el año de 1908 en el hospital pasa a llamarse hospital militar, pero en 1912 la historia da un nuevo giro cuando el gobierno le quito las tierras a la iglesia y pasaron a manos de las juntas de beneficencia. Aquí en el hospital pasa a funcionar en una casa por el sector de lo que ahora es el puente san José o rojo con el nombre de “Hospital General de Portoviejo” y se mantenía con la creación de un impuesto al aguardiente y del alquiler de las tierras de la iglesia.

En 1914 el nombre vuelve a cambiar a “Hospital Civil” y con ello una remodelación que se inauguró con 40 camas, dos médicos, una enfermera y otros ayudantes. Con el pasar de los años se convirtió en una de las casas de salud más importantes del país y la estructura de esa entonces quedaba corta ante la demanda de pacientes que llegaba en busca de atención, ante esto la junta de beneficencia decide mudar el hospital hasta donde actualmente funciona la dirección de salud en la calle Rocafuerte en 1920.

Este informe servirá de guía para actuar de forma acertada en cuanto a la salud bucal se refiere.

# **CAPÍTULO I**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las Infecciones respiratorias agudas se la definen a nivel mundial como la respuesta obstructiva de las vías aéreas ante estímulos farmacológicos, como histamina y metacolina, que causan contracción del músculo liso de las vías aéreas. Los problemas respiratorios alérgicos también pueden evaluarse con estímulos no farmacológicos, como ejercicio o aire seco y frío, así como con la administración controlada de alérgenos u otras sustancias a las cuales existe una sensibilidad específica.

La epidemiología del asma en Latinoamérica ha sido abordada recientemente gracias a estudios poblacionales comparativos en todo el mundo, los cuales han mostrado grandes diferencias geográficas, étnicas, socioeconómicas y culturales, entre otras, asociadas a factores protectores y favorecedores no siempre congruente. El asma es la enfermedad respiratoria crónica más frecuente en pediatría. Su prevalencia se ha estimado gracias a grandes estudios poblacionales, siendo el más relevante para Latinoamérica el Estudio Internacional de Asma y Alergia en la Infancia. La evolución no siempre es

predecible en base a los antecedentes y factores de riesgo y que la variación geográfica dentro de un mismo país puede dar cuenta de genotipos muy distintos y de evoluciones erráticas que no permiten hasta hoy definir con certeza qué niños serán asmáticos, quiénes evolucionarán a una forma leve, moderada o severa y quiénes responderán adecuadamente a un determinado fármaco o terapia.

Las Infecciones respiratorias agudas a nivel de la provincia de Manabí tienen un índice muy elevado debido al alto grado de problemas respiratorios y alérgicos en los que puede nombrar. Factores Genéticos, sexo (más frecuente en los varones). Exposición a alergenos (ácaros en el polvo casero, animales, cucarachas, pólenes y moho). Humo del cigarrillo. Infecciones respiratorias virales.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿A qué se debe el alto índice de gingivitis en personas con infecciones respiratorias agudas?

La interrogante fue respondida mediante el proceso de la investigación científica.

## **CAPÍTULO II**

### **2. JUSTIFICACIÓN**

Las infecciones respiratorias agudas y su relación con el estado de la salud gingival, al igual que la caries dental y las enfermedades respiratorias, afectan a un amplio sector de la población del mundo y por ende a nuestro país constituyendo un serio problema de salud.

Esta investigación contribuye como un avance científico de utilidad ya que ampliará los conocimientos adquiridos en los estudios académicos, sobre todo aporta a las Ciencias de la Salud, dando una ayuda a los pacientes con este tipo de enfermedad, para cual con ello se lleve un tratamiento confiable y con fines de llevar la mejoría y bienestar del paciente.

Este estudio fue posible gracias a la existencia de suficiente bibliografía, estudios previos y aportes sobre el tema de las infecciones respiratorias agudas y su relación con el estado de la salud gingival y contando con la colaboración de las autoridades de la institución en la que se realiza la observación, se busca beneficiar principalmente a las personas que sufren de estas enfermedades, a

las autoridades del hospital y los doctores del área de neumología con propuestas alternativas para disminuir el índice de este tipo de enfermedad.

Su principal beneficiario sería el investigador ya que le ayuda a tener un contexto científico sobre las diferentes infecciones respiratorias agudas y la incidencia que existe en los problemas gingivales y también ayuda algunos pacientes del Hospital Verdi Cevallos Balda, porque se llevaría una investigación del caso del paciente. Este trabajo investigativo fue totalmente factible ya que conto con los recursos económicos necesarios para realizarlo, además conto con los recursos humanos indispensables para su efecto como el personal del Hospital Verdi Cevallos Balda en el área de neumología que brindaron su ayuda incondicional. Además no hay antecedentes en el Hospital de haber realizado esta investigación por lo que es totalmente factible su realización.

## **CAPÍTULO III**

### **3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Determinar la relación de las infecciones respiratorias agudas con el estado de salud gingival de los pacientes atendidos en el área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Analizar el tipo y el tiempo de administración de los medicamentos utilizados por los pacientes para relacionarlo con la salud gingival que presentan.
- Identificar los pacientes que presentan síndrome de respirador bucal para constatar la presencia de xerostomía.
- Establecer la presencia de infecciones virales recurrentes de los pacientes para compararlos con las afecciones de las encías.
- Relacionar la presencia de sinusitis con las alteraciones gingivales de los pacientes.
- Diseñar una propuesta de solución al problema encontrado.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. HIPÓTESIS**

Las infecciones respiratorias agudas inciden significativamente en el estado de salud gingival de los pacientes del área de neumología del hospital Verdi Cevallos Balda.

## **Capítulo V**

### **5. MARCO TEÓRICO**

#### **5.1. MARCO INSTITUCIONAL**

El Hospital Verdi Cevallos Balda empezó a funcionar en el año 1884 en el primer piso de una casa de caña en lo que actualmente es la escuela Tiburcio Macías y apenas un sólo médico acompañado de cuatro mujeres atendían a los heridos bajo los ruidos de los fusiles y cañones. Para el año de 1908 el hospital pasa a llamarse Hospital Militar, pero en 1912 la historia da un nuevo giro cuando el Gobierno le quitó las tierras a la Iglesia y pasaron a manos de las Juntas de Beneficencia. Aquí el hospital pasa a funcionar en una casa por el sector de lo que ahora es el Puente San José o Rojo con el nombre de “Hospital General de Portoviejo” y se mantenía con la creación de un impuesto al aguardiente y del alquiler de las tierras de la Iglesia.

En 1914 el nombre vuelve a cambiar a “Hospital Civil” y con ello una remodelación que se inauguró con 40 camas, dos médicos, una enfermera y otros ayudantes. Con el pasar de los años se convirtió en una de las casas de salud más importantes del país y la estructura de ese entonces quedaba corta

ante la demanda de pacientes que llegaban en busca de atención, ante esto la Junta de Beneficencia decide mudar el hospital hasta donde actualmente funciona la Dirección de Salud en la calle Rocafuerte en 1920. En este lugar funcionó hasta 1970 en que el hospital entró a operar donde ahora está ubicado.

El hospital fue dando importantes avances, de apoco se fueron creando más áreas y cada vez la demanda crecía hasta el punto que gente de otras lados llegaban en busca de atención. Además estudiantes de medicina de todas partes del país comenzaron a hacer sus prácticas en la casa de salud, esto aportó para que en 1976 sea denominado como hospital regional-docente por el ya creado en 1967 Ministerio de Salud.

Alfredo Cedeño, médico gastroenterólogo que se unió al hospital en 1984, comentó que el nombre de Verdi Cevallos Balda se oficializó en 1988, en honor a las aportaciones que este médico brindó. En 1997 el Verdi Cevallos pasa de regional-docente a provincial-docente. Según Cedeño sólo fue una nueva a dominación que le dio el MSP.

## **5.2. INFECCIONES RESPIRATORIOS AGUDAS**

### **5.2.1. Qué son las infecciones respiratorias agudas**

Las IRAS como se las conoce a las infecciones respiratorias agudas son un conjunto de enfermedades que afectan las vías por donde pasa el aire en el

cuerpo humano y son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de consulta en los servicios de salud y la que causa más muertes, especialmente en niños menores de 5 años y en personas mayores de 60 años.

Rodes Juan manifiesta que:

Las infecciones respiratorias agudas son enfermedades muy frecuentes que afectan cada año a numerosas personas. Muchas de ellas son banales y no necesitan ser tratadas con medicamentos. Otras como las neumonías, asma, sinusitis, rinitis, requieren en bastantes ocasiones ingresos hospitalarios y pueden tener una mortalidad de hasta el 20% en la forma más grave.<sup>1</sup>

La mayoría de las veces, las infecciones respiratorias agudas se presentan en forma leve; pero hay que prestarles mucha atención, especialmente cuando el enfermo es menor de dos meses, tiene bajo peso o presenta problemas de desnutrición; ya que esto favorece el riesgo de complicaciones y con ello se aumenta las posibilidades de muerte.

Rodes Juan manifiesta que:

“Las IRAS son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados. En promedio en el área urbana

---

<sup>1</sup> RODES, J.(2007).Libro de la salud del hospital clinic de barcelona y la fundación bbva.España:ed fundación bbva.. p 337.

un niño presenta entre 5 y 8 episodios de IRA por año, la incidencia en el área rural es menor.”<sup>2</sup>

### **5.2.2. Epidemiología y causas**

Las infecciones respiratorias agudas son una de los principales problemas de la salud en todo el mundo. Específicamente las infecciones respiratorias agudas atacan en mayor parte a los niños menores de 5 años, por lo general afectan frecuentemente con tos, de menos 15 días de duración, dificultad para respirar dolor, enrojecimiento faringe, obstrucción nasal entre otras.

Las infecciones respiratorias agudas o virus comúnmente desencadenan serias condiciones respiratorias que traen como resultado en la hospitalización del paciente que tenga un estado crónico subyacente.

Según Dr. Juan Rodes<sup>3</sup>: La etiología de las Infecciones Respiratorias Agudas está dada tanto por agentes bacterianos como virales. Entre las bacterias que causan estas infecciones pueden citarse: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus B hemoliticus*. En cambio, entre los

---

<sup>2</sup> RODES, J(2007).Libro de la salud del hospital clinic de barcelona y la fundación bbva.España:ed fundación bbva. p 337.

<sup>3</sup> RODES, J(2007).Libro de la salud del Hospital clinic de Barcelona y la Fundacionbbva.España.ed fundación BBVA.pag 339

agentes virales más comunes se encuentran: Syncitial Respiratorio, Parainfluenza, Influenza, Coxsackie, entre otros.

Las Infecciones Respiratorias Agudas están constituidas por un variado grupo de enfermedades causadas por diversos agentes causales que afectan uno u otra zona de las vías respiratorias, cuyas manifestaciones clínicas son bastante evidentes y de alguna forma se repiten en cada una de ellas. Estos signos o síntomas frecuentemente están dados por tos de menos de 15 días de duración, dificultad para respirar, estridor (ronquido), dolor o enrojecimiento faríngeo, otalgia, otorrea, rinorrea, obstrucción nasal. Entre las IRA se encuentran aquellas infecciones leves como Resfrío o catarro, Faringitis, Amigdalitis, Bronquitis, Otitis o enfermedades graves como la Neumonía.

### **5.2.3. Clasificación**

#### **Infecciones respiratorias agudas altas**

No complicadas:

- Rinofaringitis
- Faringoamigdalitis

Complicadas:

- Adenitis
- Otitis Media
- Absceso Retrofaríngeo
- Sinusitis
- Asma

### **Infecciones respiratorias agudas bajas**

No complicadas:

- Crups infecciosos
- Laringitis Espasmódica
- Epiglotis
- Laringitis
- Laringotraqueitis
- Laringotraqueobronquitis
- Bronquitis y Traqueobronquitis
- Bronquitis Aguda
- Neumonía

Complicadas:

- Atelectasia
- Empiema

- Absceso pulmonar
- Mediastinitis
- Pericarditis
- Neumotórax
- Edema pulmonar
- Osteomielitis
- Artritis
- Infecciones Bacterianas

#### **5.2.4. Tratamientos**

##### **5.2.4.1. Antiinflamatorios no esteroideos**

Analgésico antiinflamatorio no esteroideos. [Http://www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

Los antiinflamatorios no esteroideos (Aines) representan uno de los grupos farmacológicos más consumidos en el mundo. Son un conjunto heterogéneo de compuestos químicos generalmente no relacionados entre sí, que comparten acciones terapéuticas para el control en diversos grados de dolor, inflamación y fiebre. En todos, con pequeñas variaciones, la eficacia clínica es equiparable. Y muy utilizado en las Infecciones respiratorias agudas (IRAS).<sup>4</sup>

Según Ramón Gutiérrez<sup>5</sup>: Dentro de los Aines, tradicionalmente el fármaco de referencia ha sido durante mucho tiempo el ácido acetilsalicílico (ASA). Sin embargo, en la actualidad debido a los efectos adversos que provoca,

---

<sup>4</sup> [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)

<sup>5</sup> GUTIERREZ, I(2007). Medicina de Urgencia.ed panamericana.pag 187

incluyendo el síndrome de Reye, junto con la aparición y mejor conocimiento de los Aines, su uso clínico ha disminuido.

*www.medigraphic.org.mx* menciona:

Las características farmacológicas y clínicas que dan fundamento a la selección y al uso de un medicamento AINE, serán descritas a continuación. Se comparan las cualidades de cada uno de los integrantes de este grupo de medicamentos con la finalidad de que el médico tenga la convicción de que su elección es la mejor para el caso que asiste.<sup>6</sup>

#### **5.2.4.1.1. Ácido acetilsalicílico**

Analgésico, antipirético y antiinflamatorio usado ampliamente en pediatría hasta que se le relacionó con el síndrome de Reye, enfermedad infantil grave con una tasa de mortalidad de 25%, por lo que actualmente es más prudente utilizar el paracetamol o el ibuprofeno en los niños.

#### **5.2.4.1.2. Paracetamol**

Es muy eficaz en el control de la fiebre y el dolor pero tiene poco efecto antiinflamatorio, tiene amplio margen de seguridad. Es un fármaco con efecto analgésico y antipirético que carece de propiedades antiinflamatorias y que ofrece una relativa seguridad y eficacia analgésica en los neonatos y lactantes.

---

<sup>6</sup> *www.medigraphic.org.mx*

## Efectos adversos

En sobredosis aguda, puede ocurrir necrosis hepática potencialmente fatal y posible necrosis tubular renal, pero la evidencia clínica y de laboratorio de hepatotoxicidad puede retrasarse durante varios días. La hepatitis tóxica también se ha asociado con la ingestión a largo plazo, de 5-8 g/día durante varias semanas o 3-4 g/día durante 1 año. Los alcohólicos crónicos pueden tener un riesgo elevado de toxicidad hepática. Ocasionalmente, ocurren reacciones cutáneas eritematosas o urticarianas; rara vez ha ocurrido metahemoglobinemia. La nefropatía analgésica se ha asociado con el consumo de 1-15,3 Kg de paracetamol durante períodos de 3-23 años.

## Presentaciones disponibles

compr. 500 mg, 650 mg

gts. 100 mg / 1 ml

sup. 150 mg, 250 mg, 600 mg

## Posología

En adultos:

- 650-1000 mg vía oral cada 4-6 horas, hasta una dosis máxima de 4

g/día.

En niños:

- 10-15 mg/Kg cada 4-6 horas, hasta un máximo de 5 dosis/día

### **5.2.4.1.3. Naproxeno**

Se trata de un fármaco con propiedades antiinflamatorias, analgésicas y pobre efecto antipirético, con una alta unión a proteínas, por lo que puede combinarse con paracetamol para aumentar este último efecto. No se recomienda su uso en menores de dos años; la administración

Según Santiago Ucros<sup>7</sup>: Por vía rectal está contraindicada en menores de 12 años. No es aconsejable administrarlo en pacientes con padecimientos renales ni por más de 10 días, puesto que tiene una eliminación importante por vía renal (95%). Puede producir meningitis aséptica y problemas de foto sensibilidad. Su dosis es de 5 mg/kg, c/8h. Se combina con paracetamol y antihistamínicos.

Reacciones adversa

[www.vademecum.com](http://www.vademecum.com) menciona:

Trastornos gastrointestinales: las reacciones más frecuentes son náuseas, vómitos, dolor abdominal, epigastralgia. Reacciones más serias que pueden ocurrir ocasionalmente son: hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica (con hemorragia y perforación) y colitis. Reacciones de hipersensibilidad y dérmicas: rash cutáneo, urticaria, angioedema, reacciones de anafilaxia, neumonitis eosinofílica, alopecia, eritema

---

<sup>7</sup> UCROS, S.(2009).Guías de pediatría practicas basadas evidencias.ed panamericana.pag 190

multiforme; síndrome de Stevens-Johnson, epidermólisis y reacciones de fotosensibilidad (porfiria cutánea o epidermólisis ampollar).<sup>8</sup>

La pág. [www.vademecum.es/principios-activos-naproxeno-m01ae02](http://www.vademecum.es/principios-activos-naproxeno-m01ae02) menciona:

Sistema nervioso central: cefalea, insomnio y dificultad para concentrarse. Hemáticas: trombocitopenia, granulocitopenia, anemia aplásica y hemolítica (raramente). Otras: tinnitus, deterioro en la audición, vértigo y edema periférico, ictericia, hepatitis fatal, nefropatía, hematuria, alteraciones visuales, vasculitis, meningitis aséptica, estomatitis ulcerativa (raramente).<sup>9</sup>

## Presentación

TABLETA contiene:

Naproxeno..... 250 mg

Cada TABLETA contiene:

Naproxeno..... 500 mg

Cada 100 ml de SUSPENSIÓN contienen:

Naproxeno..... 125 mg

## Dosificación

Adultos: dosis usual 500mg a 1.000mg/día, en una o dos tomas.

Niños: 10mg/kg/día.

---

<sup>8</sup> [www.vademecum.es/principios-activos-naproxeno-m01ae02](http://www.vademecum.es/principios-activos-naproxeno-m01ae02)

<sup>9</sup> [www.vademecum.com](http://www.vademecum.com)

#### **5.2.4.1.4. Nimesulide**

Inhibidor selectivo de la COX-2, tiene efectos analgésico, antipirético y antiinflamatorio importantes; tiene un excelente control del dolor y la inflamación por su actividad inhibidora o neutralizadora de los radicales superóxidos producidos por los neutrófilos y los macrófagos en el proceso inflamatorio. La dosis en niños a partir del año de edad es de 3 a 5 mg/kg/día en dos dosis.<sup>18</sup> Su comercialización ha sido suspendida en varios países europeos como Finlandia, España, Portugal, Irlanda y en Estados Unidos no está permitido su uso en niños, todo esto por sus efectos hepatotóxicos.<sup>19</sup> Un metaanálisis reciente para evaluar la seguridad del uso oral de nimesulide concluyó que este AINE es igual que cualquier otro analgésico o antipirético usado por corto tiempo en niños. Se debe evitar en pacientes con sospecha de hepatopatía y debe usarse con cuidado de prescribir con otras drogas hepatotóxicas, no se debe usar en menores de seis meses. En México está disponible en presentaciones pediátricas.

#### **Reacciones secundaria y adversa**

A las dosis recomendadas es bien tolerado, ocasionalmente se observa la aparición de efectos secundarios como pirosis, náuseas, vómito, diarrea y gastralgias leves y transitorias, tal vez a tal grado que se requiera la suspensión

del tratamiento. Se han reportado casos raros de erupción cutánea de tipo alérgico.<sup>10</sup>

De manera similar a lo que sucede con otros fármacos no esteroides, podría causar vértigo y somnolencia, aunque no el síndrome de Stevens-Johnson.

### Posología

Adultos: La dosis consistirá de una tableta cada 12 horas que puede ser aumentada a dos tabletas cada 12 horas, dependiendo de la sintomatología de la enfermedad y la respuesta del paciente.

Se recomienda tomar el medicamento después de los alimentos.

### Presentación

Cada TABLETA contiene:

Nimesulida..... 100 mg

#### **5.2.4.2. Antibióticos**

La utilización racional de los antibióticos tiene hoy una relevancia significativa en términos de asegurar un tratamiento adecuado al enfermo, minimizar la

---

<sup>10</sup> [www.vademecum.es](http://www.vademecum.es)

selección de resistencia en las poblaciones bacterianas y hacer más eficiente la atención sanitaria.

www.vademecum.com menciona

“Aproximadamente un tercio de las prescripciones de antibióticos se utilizan para el tratamiento de las infecciones respiratorias. La mayor parte de estas prescripciones se indican para afecciones comunitarias, de tratamiento ambulatorio”<sup>11</sup>.

La mala práctica de la prescripción no está asociada a ningún factor en especial, por lo que se requieren estrategias amplias para optimizar el uso de estas sustancias en estas patologías.

Los medicamentos más utilizados para estas infecciones respiratorias agudas de mayor elección es la amoxicilina y después la azitromicina y en pacientes alérgicos a la penicilina se les da la Eritromicina.

#### **5.2.4.2.1. Amoxicilina**

La amoxicilina es un antibiótico semisintético derivado de la penicilina. Se trata de una amino penicilina. Actúa contra un amplio espectro de microorganismos, tanto Gram positivos como Gram-negativos. Por esto se emplea a menudo como primer remedio en infecciones de diferente gravedad, tanto en medicina humana como también en veterinaria. Se utiliza por vía oral o parenteral,

---

<sup>11</sup> www.vademecum.com

aunque la forma parenteral (intramuscular o intravenosa) no está aprobada en todos los países debido a su comprobado daño al sistema auditivo y renal, causando en algunos casos sordera.

#### Reacciones adversa

Los efectos secundarios más frecuentes son los asociados a reacciones de hipersensibilidad y pueden ir desde un sarpullido sin importancia a serias reacciones anafilácticas. Se ha descrito

- eritema multiforme.
- dermatitis exfoliativa.
- rash maculopapular con eritema.
- necrosis epidérmica tóxica.
- síndrome de Stevens-Johnson.
- vasculitis.
- urticaria.

La amoxicilina aumenta la glucosa. En alguna rara ocasión se observado nefritis intersticial con necrosis tubular renal y síndrome nefrótico.

Los efectos secundarios más comunes asociados al tracto digestivo son similares a los de otros antibióticos y se deben a la reducción de la flora:

- náusea/vómitos
- anorexia

- diarrea
- gastritis y
- dolor abdominal
- disfunción eréctil

#### Presentación

Cada CÁPSULA contiene:

Amoxicilina tetrahidratada equivalente a..... 250 y 500 mg  
de amoxicilina

Cada 5 ml de SUSPENSIÓN contienen:

Amoxicilina..... 125 y 250 mg

#### **5.2.4.2.2. Azitromicina**

Azitromicina es un antibiótico del grupo de los macrólidos. Su dosificación en la mayoría de los esquemas contempla la administración de una dosis total de 1,5 g. Dada su prolongada vida media, este puede ser administrado en una sola toma diaria.

#### Efectos adversos

Es bien tolerado, al igual que los demás macrólidos, mostrando escasos efectos secundarios a dosis terapéuticas. Los más frecuentes son malestar gastrointestinal (náuseas, dolor abdominal, vómitos, diarrea, flatulencias) y elevación de enzimas hepáticas aminotransferasa sin trascendencia clínica.

## Presentación

Cada TABLETA contiene:

Dihidrato de azitromicina equivalente a..... 500 mg  
de azitromicina base.

### 5.2.5. ASMA

Según Harrison<sup>12</sup>: El asma es una enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias con oclusión del flujo de aire caracterizado por síntomas intermitentes entre los cuales se incluyen una respiración acortada y difícil (disnea), sibilancia, rigidez torácica y tos, así como la presencia de hiperreactividad bronquial bien demostrada. La exposición a alérgenos bien definidos a diversos estímulos inespecíficos inicia una cascada de eventos de activación celular en las vías respiratorias las cuales causan proceso inflamatorios agudos y crónicos regulados por una variedad compleja de síntomas y otros mediadores que son liberados localmente.

Gutiérrez Isauro manifiesta que:

La liberación y los mediadores pueden modificar el tono y la capacidad de respuestas del músculo lizo de las vías respiratorias, produciendo hipersecreción de moco y lesión del epitelio de las vías respiratorias. La anomalía fundamental en el asma es el aumento en la reactividad en las vías respiratorias en respuestas a diversos estímulos

---

<sup>12</sup>HARRISON.Principios de medicina interna.ed 16.panamericana.pag 212

se conocen muchos agentes causales que se pueden categorizar a grandes rasgos como: mediadores fisiológicos o farmacológicos de respuestas asmáticas de las vías respiratorias, alérgenos capaces de inducir inflamación y reactividad de las vías respiratorias en personas sensibilizadas, agentes o estímulos fisicoquímico exógenos que producen hiperreactividad de las vías respiratorias.<sup>13</sup>

#### **5.2.5.1. Epidemiología**

Gutiérrez Isauro manifiesta que:

El asma afecta a unos 300 millones de personas en todo el mundo. La prevalencia global del asma se estima entre un 1 y un 18%, con grandes variaciones según países y áreas geográficas. En España, según datos del Estudio Europeo de Salud Respiratoria (Community Respiratory Health Survey ECRHS), la prevalencia se sitúa en torno al 4,5%. En la Comunidad de Madrid, según resultados de la Encuesta de Prevalencia de Asma de 1993, se estimó una cifra de prevalencia de asma de un 3% (equivalente a 100.000 asmáticos).<sup>14</sup>

#### **5.2.5.2. Etiología**

El asma es una enfermedad muy frecuente que tiene un impacto social inmenso.

Su prevalencia está aumentando en muchas partes del mundo, pero no está claro que esto se deba a un incremento real de su incidencia o, simplemente, al hecho de que está aumentando el tamaño de la población global. Se estima que

---

<sup>13</sup> GUTIERREZ I.(2007). MEDICINA DE URGENCIA,EDITORIAL PANAMERICANA.p 187

<sup>14</sup> GUTIÉRREZ I.(2007). MEDICINA DE URGENCIA,EDITORIAL PANAMERICANA.p187

afecta a proporciones de 4 a 5% de la población de Estados Unidos. Los datos de los Centers for Disease Control and Prevention sugieren que sufrieron ataques agudos de esta enfermedad 10 a 11 millones de personas en ese país en 1998, que tuvieron como consecuencia 13.9 millones de consultas de pacientes externos, dos millones de solicitudes de asistencia urgente y 423 000 hospitalizaciones, con un coste total de más de 6 000 millones de dólares. El impacto de la enfermedad parece golpear con mayor fuerza a las minorías y a los habitantes afro estadounidenses e hispanos del interior de las ciudades. El asma bronquial ocurre a todas las edades, pero lo hace de manera predominante al principio de la vida. Cerca de la mitad de los casos se inician antes de los 10 años de edad, y otra tercera parte lo hacen antes de los 40 años.

Harrison manifiesta que:

Durante la infancia la tasa preponderante entre varones y mujeres es de 2:1, pero las frecuencias por género se igualan a los 30 años. Desde un punto de vista etiológico, el asma es una enfermedad heterogénea, y contribuyen a su iniciación y continuación factores genéticos (atópicos) y ambientales como virus, exposiciones ocupacionales y alérgenos.<sup>15</sup>

### **5.2.5.3. Genéticas**

El asma bronquial es la enfermedad crónica más común en niños y es también una de las dolencias que más se ha beneficiado de la investigación en los últimos años.

---

<sup>15</sup> Harrison. Medicina Interna. Ed Masson. Cap 236

El aumento de conocimientos que tenemos de la enfermedad, nos ha llevado de clasificarla como una mera enfermedad obstructiva pulmonar a un problema principalmente inflamatorio, lo que ha tenido una repercusión tremenda en la forma de tratarla y, por tanto, en los resultados obtenidos en la práctica clínica habitual.

Los genes implicados en el desarrollo de enfermedades alérgicas no han sido definitivamente identificados, aunque existen múltiples genes candidatos que influyen en diversos grados en el desarrollo de la misma por lo tanto, no pueden darse todavía recomendaciones a médicos y pacientes, basada en los resultados de estudio genéticos, a pesar de que actualmente conocemos múltiples datos relacionado con factores de diversos implicados en la génesis de las enfermedades alérgicas.

Tanto las enfermedades alérgicas en general como el asma es particular tiene una herencia poligenica, es decir existen diversos genes implicados en el desarrollo en estas patología. La forma de actuación de estos genes se ha explicado con la llamada hipótesis aditiva, teoría que considera que cuando hay varios genes implicados en el desarrollo de una enfermedad, cuantos más concurren en un mismo individuo, como más probable es que se desarrolle la citada enfermedad. No todos los genes participan en la misma manera siendo

sus interconexiones muy complejas, además, algunos participan de manera seriada siguiendo en rutas aún no conocidas.

Méndez Julia y Huerta Joseph manifiestan que:

En el ser humano, algunos genes que son fundamentales para la supervivencia tienen que permanecer estable, en tanto que otros experimentan variaciones compatibles con la vida, que se transmiten a la descendencia y se denomina “polimorfismos”. Primeros genes son polimorfos es decir, presentan una modificación mínima de una base en relación con la secuencia normal.<sup>16</sup>

#### **5.2.5.4. Patogenia**

El asma es resultado de un estado persistente de inflamación subaguda de las vías respiratorias. Incluso en pacientes asintomáticos, las vías respiratorias pueden encontrarse edematosas e infiltradas por leucocitos eosinófilos y neutrófilos y linfocitos, con incremento o no del contenido de colágena de la membrana basal epitelial. De manera global, existe un incremento generalizado de la celularidad acompañado de aumento de la densidad capilar. Puede haber también hipertrofia glandular y denudación del epitelio. Estos cambios pueden persistir a pesar del tratamiento, y a menudo no se relacionan con la gravedad de la enfermedad.

---

<sup>16</sup>MENDEZ, J, HUERTA, J(2008) . Alergia: Enfermedades Multisistémica.ed PANAMERICANA. Pag 14

Según Netter<sup>17</sup> Los aspectos clínicos y fisiológicos del asma son consecuencias de una interacción entre las células inflamatorias residentes e infiltrativas y de mediadores inflamatorios y citosinas en el epitelio de superficie de las vías respiratorias. Las células que parecen desempeñar partes importantes en la enfermedad inflamatoria son mastocitos, eosinófilos, linfocitos y células epiteliales de las vías respiratorias. Están menos bien definidas las funciones que tienen en ella neutrófilos, macrófagos y otras células constituyentes de las vías respiratorias.

Cada uno de los tipos principales de células parece contribuir con mediadores y citosinas que inician y amplifican tanto la inflamación aguda como los cambios patológicos a largo plazo que se han descrito. Los mediadores descargados producen una reacción inflamatoria intensa e inmediata que consiste en broncoconstricción, congestión vascular, formación de edema, aumento de la producción de moco y transporte mucociliar trastornado. A este suceso local intenso puede seguir uno más crónico. Otros factores quimio tácticos que se elaboran (factores quimio tácticos de la anafilaxis y leucotrieno B<sub>4</sub> de eosinófilos y neutrófilos) hacen llegar también eosinófilos, plaquetas y leucocitos polimorfo nucleares al sitio de la reacción. El epitelio de las vías respiratorias es tanto el blanco de la cascada inflamatoria como un aspecto contribuyente a ésta.

---

<sup>17</sup>NETTER,F.medicinainterna.edMasson.pag 198

#### **5.2.5.5. Anatomía patológica**

Los pacientes que fallecen por una crisis asmática, para poder saber es por medio de una biopsia de los pulmones y también cuando hay ausencia de colapso cuando se abren las cavidades pleurales. Al cortar los pulmones aparecen numerosos tapones gelatinosos de exudado en la mayor parte de las ramificaciones bronquiales, hasta los bronquiolos terminales. El estudio histológico muestra una hipertrofia del músculo liso bronquial, una hiperplasia de los vasos mucosos y submucosos, un edema de la mucosa, una denudación del epitelio de superficie, un marcado engrosamiento de la membrana basal e infiltrados eosinófilos en la pared bronquial.

La anatomía patológica del asma se ha descrito a partir de autopsias de enfermos fallecidos por crisis graves de asma. Los hallazgos más representativos son: hipertrofia del músculo bronquial, hipertrofia glandular, depósito de colágeno bajo la membrana basal, gran infiltración celular de la mucosa bronquial por eosinófilos, áreas de descamación epitelial y taponamiento de pequeños bronquios por moco bronquial con detritus celulares. No obstante, todos estos cambios, aunque en menor medida, son muy patentes también en enfermos con cualquier tipo de asma; al conjunto de estos cambios histológicos se le reconoce como remodelado bronquial y, en casos extremos, hace del asma una enfermedad de muy difícil control. A pesar de ser la histología tan demostrativa, tiene nula significación en la práctica clínica por

precisar de técnicas agresivas para la obtención de muestra y ser innecesaria para el diagnóstico. La citología de esputo tiene un gran valor diagnóstico. Los hallazgos habituales son: la presencia de eosinófilos, cristales de Charcot-Leyden que parecen corresponder a proteína básica mayor de los eosinófilos, espirales de Curschmann que representan pequeños moldes bronquiales de secreciones y cuerpos de Creola que representan conglomerados de células epiteliales descamadas.

#### **5.2.5.6. Cuadro clínico**

El asma es una enfermedad por lo general episódica con periodos de exacerbación y alternan con otros pocos síntomas o ausencia de los mismos. Por este motivo el examen físico del sistema respiratorio puede ser normal sin que estos descarten el diagnóstico. Los episodios recurrentes de dificultad respiratoria con sibilancia y espiración prolongada son el marcador típico del asma.

Sibilancia: Los padres tienen una descripción muy errónea a la que el médico a una sibilancia, porque los padres no saben reconocer un silbido de una congestión y por esto la confunden con un ronquido o existe una confusión con el tracto respiratorio superior, como la respiración ruidosa que presenta los

lactantes y esta es causada por una rinitis. Es por esto que el medico a la sibilancia declara que es asma hasta que se demuestre lo contrario.

Ucros Santiago manifiesta que:

La evolución del asma empieza con una función reducida en las vías respiratorias en el nacimiento, teniendo un flujo aéreo reducido y por lo tanto un mayor riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica posterior. Aquellos con sibilancia en los primeros 3 años y después parecen tener un asma atópico definida. Aquellos que no tienen sibilancia en los primeros 3 años pero si después. Los niños se lo han denominado silbadores no atópicos o sibilancia inducida por virus y parecen tener una forma muy leve de asma.<sup>18</sup>

Es un cuadro clínico caracterizado por un trastorno inflamatorio crónico de la vía aérea superior, lo que produce hiperreactividad bronquial, es decir, que frente a determinados estímulos como el frío o algún alérgeno o polvos del ambiente, se produce un broncoespasmo con la consecuente obstrucción reversible de la vía aérea.

Cuadro clínico:

- sibilancias espiratorias
- tos seca, sin expectoración
- disnea de aparición paroxística (por ej. crisis estacionales)
- di confort torácico
- taquipnea
- taquicardia

---

<sup>18</sup>UCROS, S. (2009). Guías de Pediatría Practica Basadas Evidencias.ed 2 PANAMERICANA.pag 206

- uso de músculos accesorios de la respiración
- cianosis
- pulso paradojal y agitación (asma severo)

#### **5.2.5.7. Diagnóstico**

Desde el punto de vista clínico el asma podría confundirse principalmente con patología que produzca estridor, dentro de ellas la laringotraqueomalacia, las compresiones de la vía aérea por anillos basculares, quistes broncogénicos, adenomegalias o enfermedades de tiroides. Otros diagnósticos diferenciales incluyen la fibrosis quística, la presencia de cuerpos extraños en la vía aérea, las neumopatías respirativas en niños con compromisos neurológicos y la displasia bronco pulmonar. La disfunción de las cuerdas vocales también entra en el diagnóstico diferencial.

Según Joseph López<sup>19</sup>: La mayoría de los pacientes asmáticos no presenta ninguna anomalía al realizar una radiografía de los pulmones.

La radiografía del tórax se realiza sistemáticamente cuando se lleva a cabo un estudio de asma ya que permite eliminar otro diagnóstico o destacar en ocasiones las complicaciones de la enfermedad. El descubrimiento de una radiografía normal no incita a los asmáticos a seguir un tratamiento ya que imaginan que una radiografía normal equivale a la ausencia de asma. El medidor de flujo espiratorio máximo es un aparato de pequeño tamaño que

---

<sup>19</sup> LOPEZ, J. (2008). Enfermedades multisistémica. ed panamericana.pag 14

mide el rendimiento máximo de espiración: el que corresponde a la velocidad máxima a la que puede circular el aire a lo largo de una espiración forzada tras haber hinchado al máximo los pulmones.

La utilización del medidor de flujo espiratorio máximo consiste en comparar la cifra obtenida con un valor teórico, que varía según la edad, la altura y el sexo del enfermo. Algunos enfermos deben vigilar diariamente su respiración con este aparato: las mediciones se hacen en general al amanecer y al atardecer. Así el paciente va construyendo una gráfica en la que va anotando los valores obtenidos. Una medición puede ser necesaria en cualquier momento del día si aparece una molestia. Una cifra inferior a un valor teórico significa una limitación del flujo aéreo y demuestra una molestia respiratoria.

Según el valor constatado, deben aplicarse ciertas medidas siguiendo los consejos del médico: utilización de los broncodilatadores de rescate, aumento de las dosis del tratamiento o necesidad de tomar medicación suplementaria. Debe llamar a su médico para pasar consulta o llamar al 112 si la cifra obtenida es demasiado baja. Esta medida permite vigilar de cerca la función respiratoria del enfermo, y reaccionar rápidamente en caso de necesidad.

El flujo espiratorio máximo se expresa en litro por minuto. El flujo espiratorio máximo varía con la edad: es más bajo en los niños que en los adultos y es más elevado en los jóvenes que en los adultos. El flujo espiratorio máximo es proporcional también a la talla del enfermo. El hombre tiene un flujo espiratorio máximo más elevado que una mujer de la misma talla y edad. El flujo espiratorio máximo es un testigo esencial de la gravedad del asma. El objetivo del tratamiento del asma es obtener la estabilidad del mejor flujo espiratorio.

Ucros Santiago manifiesta que:

Preguntas claves en el diagnóstico del asma.

¿Ha tenido el paciente episodio recurrente de sibilancia?

¿Tiene tos que le altera el sueño?

¿Tiene tos y sibilancia después del ejercicio?

¿Hay historias de asma o alergia en padres o hermanos?

¿Hay historias de mejoría evidente de la tos con broncodilatadores o corticoides inhalados?<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup>UCROS S. (2009). Guías de Pediatría Práctica Basadas Evidencias.ed 2 PANAMERICANA.2009.pag 206

#### **5.2.5.8. Función pulmonar**

El estudio de la función pulmonar en el adulto y en el niño que ya es capaz de colaborar está orientado a demostrar la presencia de obstrucción bronquial variable o reversible, junto a una hiperrespuesta bronquial frente a estímulos específicos o inespecíficos. La permeabilidad bronquial se valora midiendo flujos y columnas pulmonares, que los procedimientos habituales son la determinación del FEV<sub>1</sub> y de la capacidad vital forzada en un espirómetro convencional o bien la medida ambulatoria de la variedad de flujo respiratorio pico con un aparato portátil.

#### **5.2.5.9. Radiografía**

Al igual que en la bronquitis crónicas los signos radiográficos del asma no son específicos durante una exacerbación aguda se puede observar hiperinflación. En el adulto se ve en la radiografía de tórax una proyección de la séptima unión costo condrial por encima del diafragma y un aumento del espacio retro esternal. Algunos pacientes con asma de larga data desarrollan un engrosamiento de la pared bronquial como el que se observa en la bronquitis crónica. Si bien estos signos radiológicos pueden estar presentes el principal objetivo de la radiografía de tórax en el tratamiento del paciente asmático es detectar una enfermedad aguda. Superpuesta sobre los signos de enfermedad crónica. Dado que no todo lo que silva es asma es importante también buscan

otras posibles causas de sibilancia como una obstrucción de las vías aéreas centrales por una masa o cuerpo extraño o una enfermedad cardiaca no sospechada como estenosis mitral. Pero incluso cuando se utilizaría estos fines, la radiografía son de poca utilidad diagnostica en personas jóvenes asmáticas sin otra enfermedad.

#### **5.2.5.10. Tratamiento**

El tratamiento racional está basado en la identificación de tipo de asma así como el grado de severidad.

##### **Asma leve intermitente**

- No se requieren medicamentos diarios
- Inhalados de B2-agonista de acción corta si es necesario (albuterol, terbutalina)
- Tratamiento en el domicilio
- Usar un B2\_agonista de acción corta, inhalados con 4 disparos en el adulto cada 20 minutos por una hora.
- Cortinas con manejo de crisis e inicia tratamientos de control

## **Asma leve persistente**

- Es necesario el tratamiento diario
- Administrar dosis bajas de corticoides inhalados (triancinolona)
- También se puede administrar cromolin o nedocromil.
- Continuar control de factores desencadenantes
- Si la respuesta es incompleta. Los síntomas disminuyen pero vuelven en menos de 3 horas añadir corticoides oral y continuar manejo con asma moderado.

## **Asma persistente moderada**

Gutiérrez Isauro manifiesta que:

- Es necesario el tratamiento diario con corticosteroide inhalados a dosis bajas o media, más B2-agonista inhalados de larga acción (salmeterol) y acción rápida (salbutamol)
- Oxígeno por mantener una saturación de 90% corticoide inhalado utilizando nebulizador o inhalador de dosis media con cámara espaciadora.<sup>21</sup>

### **5.2.5.11. Nebulización**

Beta2-Agonista: salbutamol, Fenotrol

---

<sup>21</sup> GUTIERREZ I. (2007). Medicina de Urgencia. Ed 2da panamericana..pag 197-198-199

**Nebulización:** 5 a 10mg (20 a 40 gotas de solución) cada 20 minutos durante 1 hora. Si el paciente mejora espaciar la dosis (1 a 3 horas). Si no hay cambios repetir el esquema y agregar antimuscorimicos.

**Nebulización continua:** 10 a 30mg durante 60 – 120 minutos preferentemente diluidos en 50ml de solución salina en nebulizadores con vaso o receptáculo. Se utiliza en los casos más severos en la que la AVM es inminente. Puede repetirse a volver al esquema anterior si el paciente mejora.

Nebulización: 1ml de la solución que dada su toxicidad casi nula puede repetirse las veces que crea necesario.

#### **5.2.5.12. Farmacéutica**

Terapia medicamentosa:

Por vía inhalatoria se pueden aplicar los siguientes medicamentos:

- Cromoglicato disódico: este medicamento estabiliza la membrana de los mastocitos y evita de esta forma la secreción profiláctica de histamina.
- B-simpaticomiméticos: la musculatura bronquial se relaja, los bronquios se dilatan y la resistencia de las vías respiratorias disminuye.
- Glucocorticoides: entre otras cosas inhiben la reacción de inflamación y por tanto no están indicados en los ataques agudos de asma sino solo en la profilaxis.

Netter Frank manifestó que:

Por aplicación sistémica:

- Metilxantina: la teofilina provoca una relajación de musculatura bronquial y una mejora de la función de limpieza mucociliar.
- Antilucotrienos: bloquean los receptores de leucotrienos de las vías respiratorias de manera que no generen un efecto broncoconstrictor.
- Glucocorticoides: independientemente de su efecto antiinflamatorio, en este caso es decisivo la potenciación de los B-simpaticomiméticos broncodilatadores.<sup>22</sup>

## **5.2.6. SINUSITIS**

### **5.2.6.1. Etiología**

La etiología bacteriana de la sinusitis maxilar aguda ha sido ampliamente descrita en numerosos estudios. Sinusitis la pneumoniae y H. influenza si aparecen como los patógenos más frecuentes, siendo responsable del más del 50% de los casos. M. catarrhalis, S. pyogenes, streptococos del grupo viridans, anaerobios están implicados en menor proporción de casos. También se han comprobado que catarrhalis, es más prevalentes en niños que en adultos. Por el momento no está claramente establecido el papel etiológico de pneumoniae y de C.trachomatis en la sinusitis.

Suarez Carlos manifiesta que:

Los estafilococos y las bacterias anaerobios del tracto respiratorio no se encuentran normalmente en los cultivos de pacientes con sinusitis aguda. En un

---

<sup>22</sup>NETTER,F. (2007). Medicina Interna.ed masson.pag 242

tercio del total de las cosas, aproximadamente la infección es polimicrobiana los virus respiratorios más comúnmente aislados en niños y adultos con sinusitis son: rinovirus, para influenza, influenza y adenovirus.<sup>23</sup>

#### **5.2.6.2. Sinusitis aguda**

Las sinusitis agudas suele aparecer en el curso de un resfriado o una enfermedad gripal y tiende a ser auto limitada, con una curación de 1 a 3 semanas. La sinusitis aguda a menudo es difícil de distinguir de la enfermedad primaria los síntomas consisten en secreción nasal y posnasal purulenta, sensación de presión sobre las áreas de los senos faciales, tos y un tono nasal de la voz. A veces hay fiebre.

Según Carlos Suarez<sup>24</sup>: En ocasiones la sinusitis aguda persiste y alcanza un estado crónico en el que hay colonización bacteriana y el cuadro ya no responde al tratamiento antibiótico. Por lo general se requiere cirugía o drenaje para el tratamiento exitoso. Los pacientes con sinusitis crónica pueden presentar exacerbaciones agudas. Otras complicaciones son la diseminación hacia la órbita, el cráneo las meninges o el cerebro, y el desarrollo de una sinusitis crónica.

---

<sup>23</sup> SUAREZ ,C.(2007). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello.ed 2da panamericana.pag 146

<sup>24</sup> SUAREZ, C.(2007). tratado de otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello.ed panamericana.pag 147

### **5.2.6.3. Sinusitis crónica**

En general se manifiesta con descarga nasal de moco espeso y de color amarillento o verdoso por más de dos meses consecutivos o en forma intermitente. A esto se lo llama "rinorrea mucopurulenta". Otro síntoma habitual es la nariz tapada. La obstrucción nasal también puede deberse a otras causas. Puede aparecer a cualquier edad, en los niños generalmente se debe a la presencia de adenoides grandes. En los adultos los mecanismos son otros. Los motivos suelen ser una sumatoria entre factores predisponentes como la alergia más alteraciones anatómicas del interior de la nariz y senos paranasales (como por ejemplo desvío del tabique). También puede estar producido por una infección de alguna pieza dentaria superior (sinusitis odontógena).

El resultado es que la mucosidad que normalmente fabrican los senos paranasales se retienen, no se eliminan a tiempo debido a la obstrucción anatómica, y generan su transformación en moco espeso, infectado, de mal olor y color.

### **5.2.6.4. Patogenia**

La base del proceso es una obstrucción del ostium del seno, que dificulta la ventilación y drenaje del mismo. Esto provoca una disminución de la presión de

oxígeno en la cavidad y favorece el crecimiento bacteriano. Los factores que pueden intervenir son muy variados y entre ellos citamos:

- Factores locales: desviación septal, poliposis.
- Factores generales: diabetes mellitus, alteraciones electrolíticas, que reducen la resistencia del organismo.
- Factores ambientales: bajas temperaturas, sequedad ambiental, contaminación, que reducen la actividad ciliar.

#### **5.2.6.5. Clínica**

Suarez manifiesta:

El paciente con una sinusitis aguda se queja de cefalea importante que característicamente empeora con las maniobras que aumentan la presión intrasinusal, como por ejemplo bajar la cabeza. Asocia rinorrea purulenta y dolor selectivo a la palpación de los puntos sinusales. Asimismo puede presentar halitosis, dolores de los diente superiores y encías, fiebre, anosmia<sup>25</sup>

Manual de Otorrinolaringología manifestó que:

“La sinusitis crónica, por el contrario, no es tan florida y suele cursar con rinorrea acompañada de insuficiencia respiratoria nasal.

---

<sup>25</sup> SUAREZ, C.(2007). tratado de otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello.ed panamericana.pag 146

En cualquier sinusitis la rinolalia será cerrada (no hay que olvidar que la abierta aparece en la insuficiencia velo palatina)<sup>26</sup>.

En las sinusitis agudas es común el dolor sinusal, que puede localizarse sobre el seno afecto o ser referido al área frontal u occipital. Se intensifica al inclinarse hacia adelante, al toser o con la palpación y suele empeorar por la tarde. Puede haber fiebre, rinorrea mucopurulenta o sanguinolenta, hiposmia (pérdida de olfato) dolor a la masticación y alteraciones en la resonancia del habla. En los niños los síntomas más comunes son la rinorrea (77%) y tos persistente 48%, la otitis media la complica en el 61% de los casos. Por el contrario no suelen presentar fiebre ni dolor sinusal. Las sinusitis frontales son raras en los niños. En la sinusitis crónica los síntomas suelen ser insidiosos o faltar por completo, la fiebre y cefalea son poco frecuentes.

**Son síntomas mayores:**

- Obstrucción nasal persistente
- Rinorrea purulenta
- Goteo post-nasal
- Hiposmia

---

<sup>26</sup> “Manual de Otorrinolaringología” ed 6ta. pag 20-21

- Tos crónica
- Dolor a la presión

**Son síntomas menores:**

- Cefalea
- Fiebre
- Halitosis
- Dolor dental
- Síntomas óticos

**5.2.6.6. Diagnóstico**

Según Betty Flores<sup>27</sup>: Aun cuando los síntomas parezcan ser localizados en los senos, éstos no siempre están infectados. Para realizar un diagnóstico correcto, el médico reúne antecedentes detallados y efectúa un examen físico. El médico también puede pedir más exámenes, si corresponde. Estos exámenes pueden incluir pruebas de alergia, radiografías de los senos, tomografías axiales computarizadas (CT scan) (que presentan imágenes precisas de las cavidades sinusales), o una muestra de las secreciones nasales o el revestimiento nasal.

---

<sup>27</sup> FLORES B. (2009). Diagnostico Microbiologico.ed panamericana.pag 841

El médico también puede realizar un examen endoscópico. En este caso se inserta un endoscopio estrecho y flexible de fibra óptica dentro de la cavidad nasal a través de las ventanillas de la nariz, lo cual permite al médico ver la zona donde los senos y el oído medio drenan dentro de la nariz en forma fácil, indolora, produciendo mínima incomodidad al paciente.

## **Anamnesis**

Rinoscopia, palpación de senos, exploración de orofaringe.

Radiografía de senos paranasales: escogeremos las proyecciones más adecuadas y podremos ver el edema de la mucosa, la veladura del seno, los niveles hidroaéreos, etc. Tienen muchos falsos negativos.

La presencia de erosión ósea nos hará pensar en un proceso maligno.

Proyecciones empleadas:

- Caldwell (occipitofrontal): senos frontal y etmoidal.
- Waters (occipitomentoniana): senos maxilar y frontal.
- Hirtz (axial o craneobasal): seno esfenoidal, celdas etmoidales.

Lateral (bitemporal): esfenoidal, frontal, silla turca, adenoides.

### **5.2.6.7. Tratamiento**

#### Tratamiento conservador

En sinusitis aguda. Instilación de gotas nasales vasoconstrictoras varias veces al día, especialmente descongestión de los ostia sinusales. Tratamiento antibiótico durante 7-10 días. Cuando las medidas antes citadas no consiguen la mejoría en el curso de una semana, se hace punción y lavado sinusal. Según la evolución se administran antibióticos vía general.

En sinusitis crónica Intentar lavados, especialmente en el niño y en ciertas circunstancias. Antibióticos. Si no se obtiene un resultado satisfactorio, debe recurrirse al tratamiento quirúrgico. Cuando existen componentes alérgicos, combinar las medidas mencionadas para la sinusitis aguda y subaguda con el tratamiento antialérgico, además de la balneoterapia y climatoterapia de apoyo.

#### Tratamiento quirúrgico.

- Operación radial de los senos paranasales de Caldwell-Luc.
- Abertura del seno maxilar según técnica transnasal de Claoué.

Basado en la antibioterapia (amoxi-clavulánico de elección) durante 10-14 días y en procurar una mejor ventilación de los senos paranasales (aerosoles, vasoconstrictores, etc.). Añadimos también analgésicos y antiinflamatorios.

Manual de Otorrinolaringología manifestó que:

“En las sinusitis crónicas, en las agudas que no mejoran con tratamiento médico y en el caso de que se presenten complicaciones, suele ser necesario el tratamiento quirúrgico. Hoy en día cada vez es mayor el número de otorrinolaringólogos que utilizan la cirugía endoscópica”<sup>28</sup>.

### **5.2.7. NEUMONÍA**

Es una infección del pulmón caracterizada por la multiplicación de microorganismos en el interior de los alvéolos, lo que provoca una inflamación con daño pulmonar. La reacción inflamatoria produce una ocupación de los alvéolos que puede visualizarse en una radiografía de tórax.

#### **5.2.7.1. Causas**

Las neumonías ocurren cuando un germen infeccioso invade el tejido pulmonar. Estos gérmenes pueden llegar al pulmón por tres vías distintas: por aspiración desde la nariz o la faringe, por inhalación o por vía sanguínea

---

<sup>28</sup> “Manual de Otorrinolaringología” ed 6ta. pag 20-21

Mosby manifiesta.

Las vías respiratorias tienen mecanismos de defensa que evitan que lleguen bacterias al pulmón, como son la tos, la presencia de células con cilios, y células y sustancias especialmente diseñadas para la inmunidad, los linfocitos, neutrófilos, macrófagos y anticuerpos. Estas defensas pueden debilitarse por determinadas circunstancias y facilitar así que los gérmenes alcancen el pulmón y produzcan infecciones.<sup>29</sup>

Algunos procesos que producen estas alteraciones de los mecanismos de defensa son el consumo de tabaco, las enfermedades pulmonares crónicas, el alcoholismo, la desnutrición, la diabetes, los problemas crónicos renales o hepáticos, las alteraciones de nivel de consciencia y otras deficiencias de inmunidad.

Finalmente, algunos gérmenes pueden provenir de otra región del organismo y alcanzar el pulmón a través de la circulación sanguínea.

#### **5.2.7.2. Síntomas de Neumonía**

Los síntomas de las neumonías son variables, sin que ello tenga siempre relación con el tipo de germen causante de la neumonía. Algunos casos debutan como neumonía típica, que consiste en la aparición en varias horas o entre 2 y 3 días de tos con expectoración purulenta o herrumbrosa, en ocasiones con sangre, con dolor torácico y fiebre con escalofríos.

---

<sup>29</sup>MOSBY, E.(2009).Medicina General Aplicada al Deporte.ed.panamericana.pag 86

Otras neumonías, llamadas atípicas, producen síntomas más graduales con décimas de fiebre, malestar general, dolores musculares y articulares, cansancio y dolor de cabeza. La tos es seca, sin expectoración, y el dolor torácico es menos intenso.

La mayoría de las neumonías tienen características de ambos grupos. Si la neumonía es extensa o hay enfermedad pulmonar o cardíaca previa puede aparecer dificultad respiratoria. Además, si los gérmenes pasan a la circulación sanguínea producen una bacteriemia que puede conducir a un shock séptico, con riesgo para la vida.

### **5.2.7.3. Prevención**

Mosby manifiesta que

Hay pocas medidas para evitar la aparición de una neumonía. En raras ocasiones se adquiere por un contagio de otra persona y las más frecuentes se originan por gérmenes que habitan en nuestras vías respiratorias. Puesto que muchas de las neumonías comienzan tras un proceso viral, la vacunación anual antigripal es recomendable las personas que pertenecen a grupos de riesgo. Asimismo la vacuna antineumocócica evita la aparición de neumonías con bacteriemia causadas por neumococo.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup>MOSBY, E.(2009).Medicina General Aplicada al Deporte.ed.panamericana.pag 87

Las personas que padecen asma, bronquitis crónica o bronquioectasias, deben iniciar tratamiento antibiótico precoz cuando aparecen síntomas de infección respiratoria. Sin embargo, esto no justifica la utilización de antibióticos de manera indiscriminada porque la mayoría de las infecciones respiratorias de vías altas son causadas por virus que no precisan ni mejoran con tratamiento antibiótico.

#### **5.2.7.4. Tipos de Neumonía**

##### **5.2.7.4.1. Neumonía neumocócica**

Es la causa identificable más frecuente de neumonía bacteriana y causa dos terceras partes de las neumonías bacteriémicas extrahospitalarias. Suele ser esporádica, se produce sobre todo en invierno y afecta con más frecuencia a pacientes de edades extremas.

##### **5.2.7.4.1.1. Síntomas**

Suele venir precedida por una infección de las vías respiratorias altas. Su comienzo suele ser abrupto, con un único escalofrío; la presencia de escalofríos persistentes debe sugerir otro diagnóstico. Los hallazgos de la exploración física varían en función del carácter del proceso y del estadio en el que se evalúa al paciente. Entre las complicaciones graves y potencialmente mortales

destaca la neumonía progresiva, en ocasiones asociada con un síndrome de distrés respiratorio del adulto y/o shock séptico.

#### **5.2.7.4.1.2. Diagnóstico**

Se debe sospechar una neumonía neumocócica en cualquier paciente con una enfermedad febril asociada con dolor torácico, disnea y tos. El diagnóstico de presunción se basa en la historia, la radiografía de tórax, el cultivo y el Gram de las muestras apropiadas o la reacción de impregnación.

#### **5.2.7.4.1.3. Tratamiento**

Un 25 por ciento de las cepas *S. pneumoniae* son resistentes a la penicilina. Los fármacos alternativos con eficacia demostrada incluyen las cefalosporinas, la eritromicina y la clindamicina.

Spicer manifiesta.

En los pacientes con empiema, el tratamiento debe incluir el drenaje adecuado y la antibioterapia. Las medidas de sostén incluyen el reposo en cama, los líquidos y los analgésicos para el dolor pleurítico. La radiología de control se suele aconsejar en pacientes mayores de 35 años, pero la resolución del infiltrado radiológico puede tardar varias semanas, sobre todo cuando la enfermedad es grave, existe bacteriemia o una neumopatía crónica previa.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup>SPICER, J.(2009).Microbiología Clínica y Enfermedad Infecciosas.ed panamericana.pag 127

#### **5.2.7.4.2. Neumonía Estafilocócica**

El *Staphylococcus aureus* es una bacteria que se encuentra en la piel y en las fosas nasales de las personas sanas. Causa gran variedad de infecciones menores de la piel (forúnculos, ampollas, vesículas, abscesos) o procesos más graves, como neumonía, meningitis, endocarditis, síndrome del shock tóxico (SST) y sepsis.

##### **5.2.7.4.2.1. Síntomas**

Suelen ser parecidos a los de la neumonía neumocócica. Los rasgos diferenciales son escalofríos recidivantes, necrosis tisular con formación de abscesos, neumatoceles y un curso fulminante con postración marcada. El empidema se produce con relativa frecuencia.

##### **5.2.7.4.2.2. Diagnóstico**

El diagnóstico se sospecha en los pacientes analizando el esputo y se establece mediante recuperación de *S. aureus* en los hemocultivos, el líquido de empiema o los aspirados transtraqueales o transtorácicos. Son poco frecuentes los cultivos falsos negativos para estafilococos. El patrón radiológico más frecuente es una bronconeumonía, con formación de abscesos o derrame pleural o sin é, siendo poco frecuente la consolidación lobar

#### **5.2.7.4.2.3. Tratamiento**

La mayoría de las cepas de *S. aureus* producen penicilinasa y cada vez aumenta más la resistencia a meticilina. El tratamiento recomendado es una penicilina resistente a penicilinasa. La alternativa principal es una cefalosporina, a ser posible cefalotina o cefamandol. La clindamicina es activa contra el 90 por ciento de las cepas.

#### **5.2.7.4.3. Neumonía causada por bacilos gramnegativos**

Jonh Spicer manifiesta.

Son poco frecuentes en los huéspedes sanos y se suelen producir en lactantes, ancianos, alcohólicos y pacientes inmunosuprimidos o debilitados, sobre todo los que tienen neutropenia. El mecanismo fisiopatológico habitual es la colonización de la orofaringe, seguida de la microaspiración de las secreciones de la vía aérea alta. Los bacilos gramnegativos colonizan las vías respiratorias altas en los pacientes con enfermedades graves y con frecuencia existe una correlación directa con la gravedad de la misma.<sup>32</sup>

##### **5.2.7.4.3.1. Síntomas**

La mayoría de los pacientes muestran una bronconeumonía similar a otras infecciones bacterianas, salvo por su mayor mortalidad.

---

<sup>32</sup>SPICER, J. (2009). Microbiología Clínica y Enfermedad Infecciosas. ed panamericana. pag 128

#### **5.2.7.4.3.2. Diagnóstico**

Se debe sospechar la infección por bacilos gramnegativos cuando exista neutropenia o la infección sea hospitalaria. La tinción de Gram en esputo suele mostrar numerosos bacilos gramnegativos; sin embargo, resulta imposible distinguir las distintas especies y géneros en función de sus características morfológicas. Los cultivos de esputo suelen demostrar el patógeno; el principal problema lo representan los falsos positivos en cultivo debido al crecimiento de los gérmenes que colonizan las vías aéreas altas.

#### **5.2.7.4.3.3. Tratamiento**

Según Mosby<sup>33</sup>: La mayor parte de las infecciones producidas por *P. aeruginosa* se tratan con un aminoglucósido combinado con una penicilina antipseudomona, ceftazidima o cefoperazona, elegidas en función de las pruebas de sensibilidad in vitro. Estas pautas de tratamiento exigen modificaciones cuando se sospechan múltiples gérmenes. Los regímenes óptimos de tratamiento también exigen estudios de sinergia in vitro.

---

<sup>33</sup>MOSBY, E. (2007). Medicina general aplicada al deporte. ed 2da. pag 87

#### **5.2.7.4.4. Neumonía causada por Haemophilus influenzae**

Es una causa relativamente frecuente de neumonía bacteriana. Las cepas que contiene la cápsula de polisacáridos tipo b son las más virulentas y las que con más probabilidad producen enfermedades graves, incluidas la meningitis, la epiglotitis y la neumonía bacteriana.

##### **5.2.7.4.4.1. Síntomas**

La mayor parte de los casos están precedidos por una coriza y se observan derrames pleurales precoces hasta en un 50 por ciento. No se producen con frecuencia bacteriemia ni empiema. La mayor parte de los adultos desarrollan infecciones por cepas no encapsuladas, en forma de una bronconeumonía parecida a otras infecciones bacterianas.<sup>34</sup>

##### **5.2.7.4.4.2. Diagnóstico**

La tinción de Gram del esputo muestra numerosos cocobacilos pequeños y negativos con la tinción; este germen resulta relativamente exigente y coloniza con frecuencia las vías aéreas altas, por lo que son frecuentes los falsos positivos y los falsos negativos en cultivo.

---

<sup>34</sup>MOSBY, E.(2009).Medicina General Aplicada al Deporte.ed.panamericana.pag 88

#### **5.2.7.4.4.3. Tratamiento**

La profilaxis con la vacuna conjugada de H. influenzae tipo b se aconseja en todos los niños y se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad. El tratamiento preferido es trimetoprima-sulfametoxazol. Los alternativos son amoxicilina, fluoroquinolonas y la azitromicina.

#### **5.2.8. RINITIS**

La rinitis es un trastorno que afecta a la mucosa nasal y que produce estornudos, picor, obstrucción, secreciones nasales y en ocasiones falta de olfato. La rinitis o rinoconjuntivitis no es igual a asma, pero puede ser un indicador de que la persona que la padece tiene una especial predisposición a desarrollar más adelante los síntomas (tos seca, sensación de falta de aire, sibilancias, etc.) característicos de una hiperreactividad bronquial. Además, la presencia reiterada de rinitis debe ser motivo de consulta a especialistas para su estudio y eventual establecimiento de medidas de tipo preventivo que eviten la aparición de asma o sirvan para el tratamiento precoz de la misma.

El problema no lo representa tanto la denominada rinitis estacional o fiebre del heno una rinoconjuntivitis causada por la alergia al polen de finales de la primavera y principio de verano-, como aquellas modalidades en las que el trastorno deja de ser periódico y ocasional para convertirse en recurrente, es

decir, la rinitis alérgica perenne. Los síntomas de este último tipo de rinitis es similar a la estacional salvo que varía en su intensidad, impredecible durante todo el año.

#### **5.2.8.1. Causas**

Según Manual CTO<sup>35</sup>: En estos casos, la inflamación de la mucosa nasal y su cortejo de síntomas son casi continuos a lo largo de todo el año. A veces se conoce la causa y en otras no. En el primer caso, esto es, en las rinitis perennes de causa conocida, el factor provocador son los alergenos (sustancias con la propiedad de motivar alergia en ciertas personas), mientras que en las de causa desconocida (o intrínseca) la razón habría que buscarla en la especial sensibilización del organismo de los afectados.

Entre los alergenos más implicados en este tipo de rinitis que parecen formar parte de la vida de una persona, los más importantes, son los ácaros del polvo doméstico (unos parásitos más pequeños que la punta de un alfiler y que se encuentran por centenares en el interior de los colchones y alfombras de las casas), así como la saliva, los epitelios u orina de animales (gatos, perros, hámsters) y algunas especies de hongos atmosféricos. También el factor alergizante también pueden encontrarse en el lugar de trabajo, dando origen

---

<sup>35</sup> Manual CTO Otorrinolaringología.ed 6ta.pag 22

entonces a lo que se denomina rinitis ocupacional. Los elementos más comúnmente implicados dentro de este ámbito son las harinas de cereales (panaderos, industria de alimentos precocinados, fábricas de piensos, etc.), las enzimas proteolíticos (fábricas de detergentes, medicamentos, harinas) y las maderas tropicales.

La rinitis alérgica estacional generalmente es fácil de reconocer. Las pruebas cutáneas y los síntomas que presenta la persona pueden ayudar al médico a determinar qué polen está causando el problema.

#### **5.2.8.2. Síntomas de Rinitis**

El médico debe diferenciar la rinitis alérgica perenne de las infecciones recurrentes de senos (sinusitis) y de las formaciones anormales que afectan la nariz (pólipos nasales). La sinusitis y los pólipos nasales pueden ser complicaciones de la rinitis alérgica.

Moreno manifiesta:

En cuanto a la rinitis estacional llega junto con la estación del polen, la nariz, el paladar, la parte posterior de la garganta y los ojos comienzan a picar gradualmente o de forma brusca. Por lo general, los ojos están llorosos, comienzan los estornudos y suele caer una agüilla clara por la nariz. Algunas personas tienen dolor de cabeza y tos, y jadean; están irritables y deprimidas; pierden el apetito y tienen dificultades para conciliar el sueño. La

parte interna de los párpados y el blanco de los ojos pueden inflamarse (conjuntivitis). El revestimiento de la nariz puede inflamarse y adoptar un color rojo azulado, que produce goteo y congestión nasal.<sup>36</sup>

Quienes tienen la nariz crónicamente congestionada pero no están afectados de sinusitis, pólipos nasales ni alergia demostrable, pueden tener una enfermedad diferente (rinitis vasomotora) cuyo origen no es alérgico.

### **5.2.8.3. Tratamientos**

Si el motivo del trastorno se identifica claramente con un determinado alérgeno, por ejemplo con los ácaros del polvo doméstico, el tratamiento de la rinitis pasa entonces por evitar que entre en contacto con nosotros. En el caso de los ácaros, por ejemplo, unas buenas medidas preventivas son poner fundas especiales en el colchón, lavar semanalmente con agua a más de 60 grados centígrados la ropa de la cama y quitar las moquetas y alfombras de la casa.

Sin embargo, no siempre es así de sencillo rehuir el foco de riesgo –entre otras razones, porque la persona alérgica lo suele ser a varias sustancias a la vez, no todas ellas fácilmente controlables-, por lo que en la mayoría de los casos, y más en aquellos en los que la causa de la rinitis es intrínseca o desconocida, la acción terapéutica debe sustentarse en el empleo de medicamentos. De todos

---

<sup>36</sup>MORENO,C.(2007).Lecciones de Otorrinolaringología.ed 2da panamericana.pag74

ellos, los más empleados en la actualidad son los antihistamínicos de segunda generación, que carecen de efectos sedantes, y de corticoides cuando se precisan tratamientos prolongados.

Las personas que sufren efectos adversos graves a muchos medicamentos, las que tienen que tomar con frecuencia corticosteroides orales o las que tienen asma deberían considerar someterse a la inmunoterapia alérgica, una serie de inyecciones que pueden ayudar a evitar los síntomas de alergia. La inmunoterapia alérgica para la rinitis alérgica estacional debe comenzar meses antes de la época de polinización.

#### **5.2.9. Síndrome de respirador bucal**

La [pág. http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/](http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/) menciona:

El respirador bucal es físicamente incapaz de respirar por la nariz. Produce alteraciones fisiológicas que pueden afectar progresivamente su desarrollo físico y psíquico. Su detección y corrección depende de la oportuna intervención de un equipo multidisciplinario, que incluye al pediatra del niño, al otorrinolaringólogo infantil, fonoaudiólogo, odontólogo, (a través de aparatos fijos o móviles).<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/>

## Incidencia

Todo niño que respire por la boca ocasionalmente, intermitente o perenne es un respirador bucal, ya sea por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía.

Afecta a lactantes, niños y adultos indistintamente, con mayor concentración en centros urbanos y en países desarrollados.

## Signos y síntomas

El respirador bucal tiene algunas características básicas que permiten su diagnóstico de forma fácil, tanto por profesionales como por familiares en la mayoría de los casos. Es importante recordar que cuanto más una persona respira por la boca, peor es el cuadro general de salud. Para eso relacionamos los signos abajo que necesariamente presentará todo respirador bucal:

### Síntomas más frecuentes del respirador bucal

- Tos seca
- Tos nocturna
- Incapacidad respiratoria
- Apneas obstructivas del sueño (interrupción momentánea de la respiración)
- Trastornos en el desarrollo del macizo facial (paladar estrecho y hundido, mandíbula elongada)
- Deglución atípica
- Dientes mal implantados

- Sinusitis
- Otitis
- Trastornos de la audición
- Falta de atención
- Retraso escolar
- Alteraciones posturales
- Ojeras Ojos cansados y sin brillo.
- Dormir con boca abierta.
- Labio superior corto y normalmente mostrando los dientes
- Labio inferior laxo.
- Incisivos normalmente para adelante
- Escaso desarrollo del tórax

Es importante citar algunas de las principales dolencias involucradas en el Síndrome del Respirador Bucal para que se pueda diagnosticar y tratar antes de que el paciente empeore.

-Rinitis

-Sinusitis

-Otitis

-Disturbios cardiovasculares y neurológicos

-Amigdalitis a repetición

-Hipertrofia de adenoides

-Asma

-Ronquido

-Apnea del sueño

-Convulsiones

### 5.3. SALUD GINGIVAL

El cuidado diario de las encías es esencial para eliminar la placa bacteriana que a la larga podría provocar enfermedades en las encías como la gingivitis o en estado más avanzado la periodontitis. Al formar parte de la cavidad bucal están expuestas a constantes agentes externos que alteran su estado de salud por este motivo, es imprescindible mantener una correcta higiene bucal.

Salud Gingival <<http://www.elcuerpo.es/gingivitis-inflamacion-hinchazon-y-sangrado.com>

La gingivitis un problema de encías, la gingivitis es una enfermedad bucal que afecta a las encías y que causa su inflamación y sangrado. Esta enfermedad se produce por la acumulación de la placa, que es una película de desechos alimenticios y de bacterias, que al no recibir una limpieza conveniente, se convierten en depósitos denominados sarro o tártaro dental.<sup>38</sup>

Para determinar si las encías están siendo víctimas de ciertas enfermedades, se pueden analizar varios parámetros, de los cuales destacan:

Enrojecimiento: Producto de la inflamación. Aumento de volumen: causado por un edema, también consecutivo a la inflamación. Pérdida del punteado

---

<sup>38</sup>[www.elcuerpo.es/gingivitis-inflamacion-hinchazon-y-sangrado](http://www.elcuerpo.es/gingivitis-inflamacion-hinchazon-y-sangrado)

superficial de la encía. La apariencia de la mucosa ya no posee esa especie de piel de naranja que caracterizaba su buena salud. Sangramiento o supuración. Aunque, normalmente, los chilenos no asocian el sangramiento de sus encías a una enfermedad, éste es uno de los principales síntomas para reconocer una. En ocasiones, la encía puede supurar, o sea, a expulsar la materia infecciosa que contiene.

Recesión de la encía: el tejido se recoge y va abandonando su función de cubrir la raíz del diente y, por ende, lo desprotege, no lo sostiene ni lo aísla como es necesario, provocando sensibilidad dentinaria (dolor frente al frío y al calor).

La recesión puede producirse por:

Trauma mecánico: el daño se provoca por un mal cepillado, hecho en forma brusca o con una escobilla dura. Por ello, es recomendable utilizar una tipo medio o suave.

Periodontitis: en la mayoría de los casos esta enfermedad es la causante de la recesión de las encías, pues la inflamación causada por las bacterias pueden provocar pérdida de altura del hueso y la encía.

Profundización del Surco Gingivodentario: Este surco es el espacio que hay entre el diente y la encía, parecido a lo que sucede con la piel bajo la uña. Cuando una persona presenta una encía sana, éste mide entre uno y dos milímetros de profundidad. Para saber esto, el paciente debe ir al dentista y someterse a un examen, en el que se le introduce una sonda periodontal en dicho surco. Si ésta mide más de tres milímetros, hay una profundización patológica, que casi siempre corresponde a un Saco Periodontal.

La presencia de agentes patógenos y una mala higiene en un individuo susceptible son las causantes de la alteración del surco. Con esta profundización hay mayores posibilidades de que se aloje placa bacteriana y sarro, con lo que se genera un círculo vicioso y el problema se va agravando con el tiempo.

El saco periodontal es una señal típica de la Periodontitis.

Este síntoma es muy difícil de advertir. Sólo un odontólogo puede determinar si está presente. Por ello, se recomienda que el paciente le solicite a su dentista un sondaje periodontal.

[www.enciasana.cl/Reconocer\\_enciaenferma.htm](http://www.enciasana.cl/Reconocer_enciaenferma.htm):

“Dolor: El dolor es poco frecuente en las enfermedades relacionadas con la encía (Gingivitis y Periodontitis). Ésta es una de las razones por las cuales los pacientes no advierten que son víctimas de una patología. Es conveniente visitar

al dentista, por lo menos, una vez al año para detectar complicaciones “silenciosas”<sup>39</sup>

### 5.3.1. Placa dental

La pág. [www.misrespuestas.com/que-es-la-placa-dental.html](http://www.misrespuestas.com/que-es-la-placa-dental.html)

La placa dental o bacteriana, llamada también biofilm dental, es una capa blanda y pegajosa que se encuentra en la boca y que crece adhiriéndose en la parte baja de los dientes, cerca de las encías. En nuestra boca, constantemente se está formando. Para poder crecer y desarrollarse, las bacterias se valen de los residuos que quedan de los alimentos y de nuestra saliva.<sup>40</sup>

Así se producirán ácidos que atacarán directamente a los dientes después de comer y destruirán el esmalte dental y originarán las caries.

Según Lola Sueng<sup>41</sup> Existen formas muy simples de removerla. Puede ser eliminada por medio de un cepillado correcto y del uso de hilo dental. Para obtener mejores resultados es conveniente hacerlo más de una vez al día. En cuanto al cepillo de dientes, son recomendables aquellos de cabeza pequeña y con cerdas suaves y redondeadas para que puedan acceder a todos los rincones de la boca. Además, éste debe ser cambiado cada dos o tres meses de uso. Lo ideal es que la pasta de dientes sea fluorada para prevenir las caries y que se visite al odontólogo al menos cada seis meses. Es conveniente evitar

---

<sup>39</sup> [www.enciasana.cl/Reconocer\\_enciaenferma.htm](http://www.enciasana.cl/Reconocer_enciaenferma.htm)

<sup>40</sup> [www.misrespuestas.com/que-es-la-placa-dental.html](http://www.misrespuestas.com/que-es-la-placa-dental.html)

<sup>41</sup> SUENG, L. (2007). [Diagnostico de enfermedades Periodontal y otras alteraciones del periodonto.ed](http://Diagnostico.de.enfermedades.Periodontal.y.otras.alteraciones.del.periodonto.ed) universidad Peruana de Cayetano.pag 5

los productos azucarados, ya que les sirven de alimentos a la flora bacteriana, y el consumo de tabaco.

### 5.3.2. Calculo dental

[higienebucodental03.blogspot.com](http://higienebucodental03.blogspot.com)

Es la placa mineralizada adherente que se forma sobre la superficie de los dientes, generalmente se clasifica de acuerdo con su ubicación relativa al margen gingival lo que nos lleva a clasificarlo en cálculo supragingival y cálculo subgingival. Cálculo supragingival es la expresión usada para referirse al que se forma por encima del margen gingival, mientras que el subgingival se refiere al que se forma por debajo de este.<sup>42</sup>

El cálculo supragingival, se encuentra más frecuentemente cerca de las glándulas salivales principales y su composición química varía en las distintas zonas de la boca, es de un color blancuzco o amarillento, es duro pero friable y se lo elimina fácilmente con el detartraje.

La determinación del cálculo subgingival, por estar por debajo del margen de la encía, requiere un sondeo cuidadoso con un explorador. En cantidades suficientes es visible al examen radiográfico. Generalmente está presente en pequeños depósitos que no muestran preferencia particular por la cercanía a

---

<sup>42</sup>[higienebucodental03.blogspot.com/2009/04/calculo-dental.html](http://higienebucodental03.blogspot.com/2009/04/calculo-dental.html)

los conductos de las glándulas salivales. Es denso y duro, de forma aplanada, marrón oscuro o verde oscuro, entre pardo y negro y está muy firmemente adherido a la superficie de los dientes. La composición del cálculo subgingival depende menos del sitio de formación que la del cálculo supragingival.

### **5.3.3. Halitosis**

Halitosis [higienebucodental03.blogspot.com/2009/04/calculo-dental.html](http://higienebucodental03.blogspot.com/2009/04/calculo-dental.html)

Halitosis, o mal aliento, es una afección de la que se da cuenta muy a menudo. Sea en forma de mal aliento ocasional que siente casi todo adulto sano al levantarse en la mañana, o sea en forma de problemas más serios o graves, desde trastornos metabólicos hasta tumores pulmonares, se dice que la halitosis afecta a casi 50 % de una población. A juzgar por la magnitud del mercado de ventas de colutorios y otros productos contra el mal aliento (de casi un billón de dólares según las últimas estadísticas), la halitosis es un problema personal que preocupa a mucha gente.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup>[www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm](http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm)

### 5.3.4. Xerostomía

[www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm](http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm) menciona:

“La xerostomía se caracteriza por la disminución del flujo salival y está ocasionada por ciertos medicamentos, por la radioterapia que se aplica en la zona de cabeza y cuello, o bien por ciertas enfermedades autoinmunes”.<sup>44</sup>

Xerostomía [www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm](http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm)

La saliva es esencial para mantener una boca saludable, por lo que cuando el flujo normal se ve reducido pueden aparecer problemas para masticar, tragar, saborear los alimentos o incluso hablar. Algunos de los síntomas más frecuentes de esta alteración son la sensación de ardor y dolor en la lengua, boca reseca, la aparición de fisuras en la comisura de los labios, el aumento de la sed o la dificultad para ponerse la dentadura postiza en el caso de pacientes que ya no conservan sus dientes. Uno de los primeros signos que observan estas personas es que la saliva se vuelve espumosa y viscosa.<sup>45</sup>

Además, la incapacidad de la boca para mantenerse limpia contribuye a la aparición de caries (que se forman en apenas unas semanas) y otras enfermedades periodontales, como la gingivitis. También se acumula la placa dental debido a la incapacidad del flujo salival para arrastrar las bacterias y a la

---

<sup>44</sup> [www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm](http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm)

<sup>45</sup> [www.elmundo.es](http://www.elmundo.es) › [Salud](#) › [Medicina](#)

reducción de las proteínas antimicrobianas que la saliva lleva generalmente a la dentadura.

### **5.3.5. Claves para una correcta salud gingival:**

- Cepillar los dientes 3 veces al día después de las comidas Utilizar un cepillo de filamentos delicados, capaces de liminar la placa bacteriana sin dañar la encía Emplear un dentífrico específico “de uso diario” para encías
- Emplear colutorios sin alcohol formulados para respetar la naturaleza de las encías
- Cepillar también las encías realizando un masaje para fortalecer los tejidos blandos
- Realizar una limpieza de los espacios interdentes, mediante el uso de la cinta o seda dentales y/o cepillos interproximales
- Limpiar la lengua con ayuda de un limpiador lingual

### **CLASIFICACION**

#### **1. Gingivitis asociada solamente a placa dental**

- Sin ningún otro factor contribuyente

- Con factores locales contribuyentes (Fractura radicular, anatomía dental,

Restauraciones desbordantes, aparatología ortodóncica, lesiones cariosas.

## 2. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

-Asociada con el sistema endocrino

- Gingivitis asociada a la pubertad
- Gingivitis asociada con el ciclo menstrual

- Asociada al embarazo

- Gingivitis
- Granuloma piógeno

- Gingivitis asociada a diabetes mellitus

-Asociada con discrasia sanguínea

- Gingivitis asociada a leucemia

- Otras

## 3. Enfermedades gingivales modificadas por medicaciones

-Enfermedades gingivales influenciadas por fármacos

- Agrandamiento gingival influenciado por fármacos

Fenitoina, antagonista de calcio y ciclosporina A

- Gingivitis influenciadas por fármacos

-Gingivitis asociadas a anticonceptivos

- Otras

## 4. Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición

Deficiencias de ácido ascórbico

## B. Lesiones gingivales no inducida por placa

### 1. Enfermedades gingivales de origen bacterial específico

- Lesiones asociadas a *Neisseria gonorrhoeae*
- Lesiones asociadas a *Treponema pallidum*
- Lesiones asociadas a especies de estreptococos
- Otras

### 2. Enfermedades gingivales de origen viral

- Infecciones por herpes virus
- Gingivoestomatitis herpética primaria
- Herpes oral recidivante
- Infecciones por varicela-zoster

### **5.3.6. Tipos de Gingivitis**

- Gingivitis simple.
- Gingivitis crónica.
- Gingivitis escorbútica.
- Gingivitis ulceronecrotizante (enfermedad de Vincent).
- Gingivitis hormonal.

### 5.3.7. Gingivitis Simple

Según Escobar Alfonso<sup>46</sup> Es una reacción inflamatoria de la encía que representa el estado inicial de la enfermedad periodontal. Las bacterias responsables localizadas en la interface dentogingival, provocan una reacción inflamatoria en el tejido gingival denominada gingivitis, y representa el estado inicial clínicamente demostrable de la enfermedad.

Laserna manifiesta.

“Existe una relación causa efecto entre la acumulación de bacterias a nivel, esto se demostró en el año 1965, y sucede de manera constante en todos los individuos. De la misma forma la eliminación de las acumulaciones bacterias conduce a la inflamación gingival en pocos días.”<sup>47</sup>

La inflamación en los trastornos gingivales puede variar de tres formas:- Puede ser el primer y único cambio patológico Generalmente es una característica secundaria traslapada a la enfermedad gingival de origen sistémico.- Puede ser el factor precipitante que motiva cambios clínicos en el paciente con estados sistémicos que por sí mismos no producen alteración gingival evidente.

[www.slideshare.net/mdaly21/enfermedades](http://www.slideshare.net/mdaly21/enfermedades) menciona

Tipos de Enfermedad Gingival El tipo más ordinario de los trastornos gingivales es la afección inflamatoria simple (gingivitis simple o marginal crónica) ocasionada por la placa bacteriana adherida a la estructura dentaria. Esta

---

<sup>46</sup> ESCOBAR, A.(2010).Odontología Pediátrica.ed panamericana.pag 432

<sup>47</sup> LASERNA, V.(2008).Higiene Dental Personal Diaria.ed Panamericana.pag 64

puede permanecer estacionada por tiempo indefinido o puede progresar hasta afectar las estructuras de soporte, y diente, causando periodontitis.<sup>48</sup>

Otros tipos de Enfermedad Gingival ligados a Padecimientos Crónicos Gingivitis ulcerativa necrosante aguda y cambios gingivales en pacientes con SIDA, Gingivoestomatitis herpética aguda y otras enfermedades virales, bacterianas o micóticas.

Padecimientos cutáneos que abarcan tejidos gingivales como liquen plano y eritema multiforme.- Gingivitis iniciada por placa bacteriana modificada por factores sistémicos como desnutrición, diabetes, embarazo, pubertad, problemas hematológicos e inmunitarios.- El aumento de volumen gingival, relacionado con administración de fármacos como la fenitoína, la ciclosporina, entre otros.- Tumores benignos o malignos pueden aparecer en la encía como tumores primarios o metástasis.

Son varios los trastornos que afectan los tejidos de soporte dentario. El padecimiento más común comienza por la acumulación de placa gingivodental provocando inflamación a nivel de las encías, extendiéndose luego a los tejidos de soporte y convirtiéndose en periodontitis, llamada con mayor precisión periodontitis destructiva crónica. También otras entidades pueden afectar los

---

<sup>48</sup>[www.slideshare.net/mdaly21/enfermedades](http://www.slideshare.net/mdaly21/enfermedades)

tejidos de soporte en las categorías degenerativa y neoplásica. Padecimientos de las Estructuras de Soporte Dentario.

### **5.3.8. Recesión Gingival**

Según LandLindhe<sup>49</sup>: La encía insertada proporciona un epitelio queratinizado que conjuntamente con su tejido conectivo subyacente, separa el margen libre gingival de la mucosa alveolar móvil. Sin esta barrera, los músculos de la expresión y la movilidad del labio y de la mejilla pueden causar un movimiento o una eversión del margen gingival libre, con la consiguiente

Si se considera la diferencia histológica entre la encía insertada y la mucosa alveolar, es evidente que la primera es rica en colágeno y relativamente poco vascularizada. La progresión del proceso inflamatorio es perivascular, de modo que un tejido menos vascularizado y más fibroso proporciona mayor protección a la integridad de la encía.

### **5.3.9. Factores causales para la recesión**

Edad. (Proceso fisiológico relacionado con el efecto acumulativo de una lesión patológica menor y traumas directos o repetidos.)

Técnica defectuosa de cepillado. (Abrasión.)

Mal posición Dentaria.

Fricción de los tejidos blandos. (Ablación gingival).

Gingivitis

Inserción alta de los frenillos.

---

<sup>49</sup> LAND, L.(2007).Periodontología Clínica E Implantología. ed panamericana.pag 388

Movimiento ortodónticos.<sup>50</sup>

### **5.3.10. Gingivitis Crónica**

La gingivitis crónica inespecífica es un tipo de enfermedad periodontal que se da en la preadolescencia, rara vez presenta dolor y se puede presentar por lapsos de tiempos prolongados y esta puede ser producida por distintos factores que se unen y hacen que su causa sea más compleja.

### **5.3.11. Gingivitis Escorbútica**

La gingivitis escorbútica difiere de las demás, ya que esta no se origina por una mala higiene bucal, sino a la deficiencia de vitamina C, el dolor es muy severo y las hemorragias son espontáneas y se presenta normalmente en niños, aunque los casos severos de este tipo de gingivitis en los niños son raros.

La vitamina C es un micronutriente cuya función biológica se relaciona con la formación y conservación de huesos y dientes, así como con la integridad de tejidos y el sanado de heridas. Interviene en el sistema inmunológico, tiene efecto antihistamínico y posee una acción antioxidante. Su deficiencia, conocida como escorbuto, se ha relacionado con sangrado gingival y formación de bolsas periodontales. La prevención de su deficiencia, por lo tanto, no solo es

---

<sup>50</sup>[es.scribd.com/doc/27355415/Recesion-Gingival](https://es.scribd.com/doc/27355415/Recesion-Gingival)

importante para limitar la enfermedad periodontal, sino también por los efectos positivos que tiene la vitamina C en el organismo.

#### **5.3.12. Gingivitis de la Pubertad**

Según LandLindhe<sup>51</sup> Estudios epidemiológicos han demostrado que la gingivitis es más marcada durante la pubertad que en años anteriores y posteriores, sobre todo si se asocia con respiración bucal e higiene defectuosa se produce hipertrofia gingival sobre todo en dientes anteriores.

#### **5.3.13. Gingivitis Menstrual**

Es raro pero se ha demostrado la descamación del epitelio gingival a la larga de los 28 días del ciclo menstrual de forma similar al epitelio vaginal. A veces estas oscilaciones son más acentuadas y se produce gingivitis.

#### **5.3.14. Gingivitis Ulceronecrosante**

La gingivitis necrosante (GN) o gingivitis ulcerativa necrosante (GUN), se considera como una infección gingival oportunista aguda por placa bacteriana.

---

<sup>51</sup>LAND, L.(2007).PeriodontologiaClinica E Implantologia.ed panamericana.pag 391

Se produce más frecuentemente en jóvenes y niños desnutridos, así como en sujetos inmunodeprimidos. En su patogénesis están implicados por un lado factores dependientes del micro biota con fenómeno de invasión y por otros factores relacionados con el huésped (alteración capilar e inmunológica y desnutrición). La clínica se caracteriza por dolor, sangrado, necrosis de las papilas y tendencia a la recidiva. El diagnóstico se realiza por la clínica, y los exámenes complementarios deben descartar la posible existencia de enfermedad sistémica subyacente o inmunodeficiencia.

Martha Negroni manifiesta que:

Es una enfermedad inflamatoria y destructiva de la encía asociada con biopelícula dental. La encía se úlceriza y se necrosa y deja cráteres que cubren de un exudado fibrinoso que ha sido denominado pseudomembrana. La enfermedad puede afectar una o varias piezas dentarias. El cuadro se caracteriza por la presencia de dolor, hemorragia, ulceración, pseudomembrana, comienzo brusco, adenopatía, halitosis y a veces fiebre. Las bacterias prevalentes son *Prevotella intermedia* y espiroquetas mediana. Los estudios con microscopía electrónica de transmisión ha demostrado la invasión de espiroquetas en los tejidos, resultado de la disminución de las defensas de huésped. Según algunos autores estudios más recientes han asociados al citomegalovirus, del esteinbarr tipo I y II al virus del herpes simple, al virus del herpes 6, al papiloma virus humano. Los factores se predisponen a la gingivitis Ulceronecrosante incluyen pobre higiene bucal y gingivitis pre existente, factores emocionales, hábitos al fumar, bajo el nivel socioeconómico, desnutrición asociada con disminución de la respuesta inmune, respuestas inflamatorias alteradas y enfermedades sistémicas.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup>NEGRONI, M. (2009). Microbiología Estomatológica. ed 2da panamericana. pag286

El tratamiento debe ser precoz y mantenido. Pueden permanecer lesiones residuales en la encía (cráteres en las papilas) o pérdidas de tejido de inserción en el caso de que se produzca una periodontitis necrósate (PN) o periodontitis ulcerativa necrosante (PUN).

### **5.3.15. Enfermedad Gingival Inducida por Placa Dental**

#### **5.3.15.1. Asociada con la Placa Bacteriana solamente**

- Asociada con un periodonto que no exhibe pérdida de inserción
- Asociada con periodonto estable pero reducido
- Gingivitis inducida por placa

#### **5.3.15.2. Asociada con placa bacteriana pero modificada por factores sistémicos**

- Asociada con hormonas, esteroides endógenos
- Gingivitis asociada con la pubertad<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup>Lan, L.(2009). Periodontología Clínica E Implantología Odontología.ed 5ta Panamericana.pag 406

### 5.3.16. Gingivitis asociada con Placa Dental únicamente

Sepa manifiesta que:

La gingivitis causada por placa bacteriana es la forma más prevalente de todas las enfermedades que afectan al periodonto. La etiología bacteriana fue demostrada ampliamente desde la década de 1960 con el estudio clásico de la gingivitis experimental de local y posteriormente duplicada por muchísimos investigadores. Estos estudios han demostrado que la gingivitis se desarrolla cuando la placa se acumula sobre la superficie dental y siempre desaparece cuando se remueve la placa.<sup>54</sup>

Se da como resultado de la localización de placa bacteriana en el margen gingival, por lo que la enfermedad comienza en este lugar. En sus etapas iniciales la enfermedad no presenta signos y síntomas notorios por lo que puede progresar silenciosamente a formas más avanzadas y extenderse a través de toda la unidad gingival. La intensidad severidad y localización de la enfermedad puede variar de acuerdo al individuo y suele verse afectada por la anatomía de los dientes, raíces y presencia de restauraciones defectuosas.

---

<sup>54</sup> SEPA. (2009). Higiene Bucal.ed Panamericana.cap 2 pag 10

### **5.3.17. Enfermedad Gingival Modificada por Factores Sistémicos**

Numerosos trastornos mucocutáneo presentan manifestaciones gingivales, algunas veces en forma de lesiones descamativas o ulceraciones de la encía.

Las entidades más importantes son:

- Liquen plano
- Penfigoide
- Pénfigo vulgar
- Eritema multiforme
- Lupus eritematoso

#### **5.3.17.1. Liquen Plano**

Según Martha Negron<sup>55</sup> Es una enfermedad mucocutáneo que se manifiesta con mayor frecuencia en la encía. La enfermedad puede asociarse con un malestar intenso y se ha comunicado que posee potencial pre maligno, aunque esta afirmación sigue siendo objeto de controversias, por lo tanto, es importante diagnosticar, tratar y controlar a los pacientes con exámenes bucales frecuentes.

---

<sup>55</sup> NEGRON, M.(2009).Microbiología estomatológica.pag 74

Lan lindhe manifestó que:

El liquen plano tiene varios aspectos clínicos característicos que incluyen: <sup>56</sup>

- Pápular
- Reticular
- Tipo placa
- Atrófico
- Ulceroso
- Ampollar

El tratamiento es el control minucioso y a traumático de la placa, en los casos más dolorosos deben emplearse corticosteroide tópicos, pasta o ungüentos, tres veces al día por varias semanas.

### **5.3.17.2. Penfigoide**

El penfigoide es un grupo de trastornos en los que los auto anticuerpos contra los componentes de la membrana basal producen el desprendimiento del epitelio de su relación con el tejido conjuntivo subyacente. El penfigoide afecta principalmente a la piel pero también puede afectar a la mucosa bucal. La mayoría de los pacientes afectados son mujeres con una edad media de inicio de 50 años o más. Cualquier área de la mucosa bucal puede ser afectada pero la principal manifestación consiste en las lesiones gingivales descamativas con eritema intenso en la zona de la encía adherida.

---

<sup>56</sup>Lan L.(2009). PeriodontologiaClinica E Implantologia Odontologia.ed 5ta Panamericana.pag 384-385

Según Land<sup>57</sup> El tratamiento consiste en la eliminación profesional a traumática de la placa y en la enseñanza individualizada de una suave pero cuidadosa control diario y con el uso también diario de clorohexidina o la aplicación de corticosteroide si fuera necesario.

### **5.3.17.3. Pénfigo Vulgar**

LanLindhe manifestó que:

El pénfigo es un grupo de enfermedades autoinmunitaria caracterizada por la formación de ampollas intraepiteliales en la piel y en la mucosa. Las lesiones iniciales pueden parecer úlceras aftosas, pero las erosiones intensas son comunes en los estadios posteriores. El compromiso gingival puede presentarse en forma de lesiones descamativas dolorosas o como erosiones o ulceraciones, que son vestigios de las apoyas abiertas.<sup>58</sup>

El tratamiento suele consistir en la administración de corticosteroide sistémicos pero el tratamiento tópico puede ser eficaz en los pacientes con lesiones menores.

---

<sup>57</sup> LAN, L.(2009).PeriodontologiaClinica E Implantologia Odontologia.ed panamericana.pag 399

<sup>58</sup> LAN, L.(2009). PeriodontologiaClinica E Implantologia Odontologia.ed 5ta Panamericana.pag 390

#### 5.3.17.4. Lupus Eritematoso

LanLindhe manifestó que:

Se llama lupus eritematoso a un grupo de trastornos autoinmunitaria del tejido conjuntivo en las que se forman auto anticuerpos contra varios componentes celulares, incluyendo el núcleo, la membrana citoplasmática y otros. Las lesiones típicas presentan un área atrófica central con pequeños puntos blancos rodeados por finas estrías blancas radiadas, con una zona periférica de telangiectosias. Las lesiones pueden ser ulceradas o clínicamente indistinguibles de leucoplasia o de liquen plano bucal atrófico.<sup>59</sup>

Según Negron<sup>60</sup> Algunas veces los pacientes presentan lesiones gingivales parduscas, que son un efecto colateral de la medicación antipalúdica prescrita como parte del tratamiento. El tratamiento del lupus incluye corticosteroide sistémicos y otros antiinflamatorios a veces se requieren tratamientos tópicos para la resolución de las lesiones intrabucales sintomáticas.

---

<sup>59</sup> LAN, L.(2009). Periodontología Clínica E Implantología Odontología.ed 5ta Panamericana.2009.pag 391

<sup>60</sup> NEGRON, M.(2009). Microbiología estomatológica. pag 66

### **5.3.18. Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos**

Diplomado de Enfermería del Consorcio Hospital General universitario de

Valencia manifiesta que:

En presencia de una inflamación gingival, el tratamiento con feritonia, ciclosporina o antagonista de calcio puede producir una hiperplasia gingival fibrotica. En principios se agrandan las papilas interdentes, pero el proceso puede evolucionar hasta que la totalidad de las encías estén afectadas y los dientes parcialmente enmarcados. El tejido hiperplásico es firme y presenta menos proporción a sangrar que en otras formas de gingivitis.<sup>61</sup>

### **5.3.19. Enfermedades gingivales modificadas por nutrición**

Los sujetos malnutridos presentan un compromiso en su sistema inmune que puede afectar a la susceptibilidad individual a la infección, lo cual lleva a pensar que la repercusión clínica ante la exposición a placa en estos pacientes podría verse exacerbada. Sin embargo, no existen muchos estudios concluyentes a este respecto, y no se pueden extraer conclusiones demasiado definitivas sobre este apartado. Dentro de la escasa información existente sobre este apartado, puede que sea el déficit de vitamina C o escorbuto, una afección rara pero aún existente en países en vías de desarrollo, el más estudiado hasta la fecha. El escorbuto suele asociarse a una enfermedad gingival llamada "gingivitis del

---

<sup>61</sup>Diplomado de Enfermería del Consorcio Hospital General universitario de Valencia.2007.vol 3.pag 627

escorbuto", caracterizada por la aparición de una gingivitis de tipo ulceroso (clínicamente la encía aparece de color rojo brillante, inflamada, ulcerada y con tendencia al sangrado con estímulos mínimos y alteración hacia una consistencia esponjosa), que se relaciona con un rápido desarrollo de bolsas periodontales y pérdida dentaria, consecuencia de la alteración que se deriva del déficit vitamínico en la formación del colágeno, la movilidad de los neutrófilos y la respuesta inmune.

#### **5.3.20. Enfermedad Gingival de Origen Bacteriano Específico**

Según Laserna<sup>62</sup>La gingivitis es en esencia una infección del surco gingival. Es decir para desarrollar la gingivitis se requiere de bacteria pero también dientes. Para que sea posible el desarrollo de la biopelícula bacteriana sobre la superficie dental recientemente expuesta o sobre cualquier superficie no descamativas en boca, es indispensable la formación de la película adquirida. La película salival adquirida se constituye principalmente de proteínas, enzimas, y otras macromoléculas como glucoproteínas y mucinas

Bordón manifiesta.

La acumulación de biopelícula dentobacteriana por dos a cuatro días conduce a vasculitis, los antígenos reaccionan con clases específicas de anticuerpos IgE que se unen a los mastocitos. La acumulación de biopelícula dentobacteriana

---

<sup>62</sup> LASERNA, V.(2008).Higiene Dental Personal Diaria. pag 33

por cuatro a quince días conduce a diferentes eventos biológicos como el sangrado espontáneo de las encías y a veces dolor del diente.<sup>63</sup>

### **5.3.21. Enfermedad Gingival de Origen Viral**

Se sabe que varias infecciones virales causan gingivitis. La más importante son las relacionadas con los herpes virus: virus herpes simple de tipo 1 y 2 y virus varicela zoster. El virus del herpes simple tipo 1 por lo general causa manifestaciones bucales mientras que el virus herpes simple tipo II interviene principalmente en las infecciones anogenitales y solo en ocasiones causa infecciones bucales.

#### **5.3.21.1. Gingivoestomatitis Herpética primaria**

Las infecciones por herpes simple se encuentran entre las infecciones virales más comunes. El herpes simple es un virus DNA con baja capacidad infecciosa que después de entrar en el epitelio de la mucosa bucal llega a las terminaciones nerviosas y por transporte retrogrado a través del retículo endoplasmático liso. Actualmente no se sabe ciertos virus participan en otras enfermedades bucales pero el herpes simple ha sido detectado en la gingivitis, necrosante aguda y periodontitis.

---

<sup>63</sup>BORDON, N. ESCOBAR, A. CASTILLO, R. (2010). Odontología Pediátrica, ed panamericana, pag 435

Según Bordón<sup>64</sup>: El tratamiento de la gingivo estomatitis herpética incluye la eliminación cuidadosa de la placa para limitar la sobreinfección bacteriana de las ulceraciones, lo que retrasa su curación. En los casos graves, incluidos de los pacientes con inmunodeficiencia, se recomienda el uso sistémico de fármacos antivirales como el Aciclovir, el val Aciclovir o el famciclovir.

### **5.3.21.2. Herpes Zortes**

El virus de la varicela zortes causa varicela como infección autimitante primaria. La varicela se produce principalmente en niños y la reactivación tardía del virus en adultos causa herpes zortes. La varicela se asocia con fiebre, malestar general y erupciones cutáneas. Las lesiones intrabucuales son úlceras pequeñas por lo general ubicados en la lengua, el paladar y encía. El virus permanece latente en el ganglio de la raíz dorsal del nervio raquídeo donde puede ser reactivado años después de la infección primaria.

---

<sup>64</sup>BORDON,N. ESCOBAR, A. CASTILLO, R.(2010). Odontología Pediátrica,ed panamericana.pag 442

## 5.3.22. Enfermedad Gingival de Origen Fúngico

### 5.3.22.1. Cándida Albicans

Según Sueng<sup>65</sup>: Es un hongo oportunista que se encuentra dentro de la flora bucal como microorganismo sapofito. El equilibrio en el que se halla puede romperse debido a las variables inmunológicas del paciente, el repetido uso de antibióticos o también los estados de cetoacidosis.

Muchas veces la presentación diabética se acompaña de candidiasis aguda, que se ubica preferentemente sobre el dorso de la lengua y el paladar duro y blando. Esta infección puede aparecer también en los genitales.

Ceccotti Sforza manifestó que:

También se produce infección crónica causadas por cándida albicans, entre ella la palatitis sud placa, de difícil tratamiento ya que muchas veces es resistente a los antibióticos tópicos y se deban recurrir a la medicación sistémica. En esta última patología incide notablemente la presencia de trauma permanente producido por el leve desplazamiento que sufre de prótesis pese a estar bien adaptada. Por eso algunos autores refieren que el trauma protésico es más importante que el estado metabólico del paciente.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> SUENG, L.(2007).Diagnostico de la enfermedad periodontal y otras alteraciones del periodonto.ed Universidad de Peru de Cayetano. Pag 8

<sup>66</sup>CECCOTTI, S.(2007). El diagnostico en ClinicaEstomatologica.ed panamericana.pag 583

### 5.3.23. Melanosis gingival

[www.ionzabalegui.com/...de-la.../encias-oscuras-melanosis-gingival](http://www.ionzabalegui.com/...de-la.../encias-oscuras-melanosis-gingival)

El color natural de la encía es un color rosa pálido que demuestra la presencia de salud. Pero en algunas personas, especialmente en fumadores e incluso en fumadores pasivos, existe un aumento de la pigmentación de la encía que puede oscurecer el brillo de la sonrisa. Está causado por el aumento de la secreción de melanina y por el depósito de sustancias tóxicas del tabaco que estimulan la pigmentación benigna de la encía. Aparece en mayor medida durante el primer año y suele reducirse al cesar el tabaquismo<sup>67</sup>.

Según Bordón<sup>68</sup>: Existen diferentes técnicas microquirúrgicas para la eliminación del exceso de melanina u oscurecimiento de las encías. De todas las propuestas de tratamiento para la eliminación del exceso de pigmento, la aplicación del láser de Er-YAG (Erbium-YAG) es la más cómoda, indolora, eficaz y segura tanto para el paciente como para evitar las posibles recaídas.

Las figuras presentan el resultado del tratamiento de un paciente antes y después de la eliminación del exceso de pigmentación o melanosis gingival en un paciente ex-fumador.

---

<sup>67</sup> [www.ionzabalegui.com/...de-la.../encias-oscuras-melanosis-gingival](http://www.ionzabalegui.com/...de-la.../encias-oscuras-melanosis-gingival)

<sup>68</sup> BORDON, N ESCOBAR, A, CASTILLO, R. (2010). Odontología Pediátrica. ed panamericana. 2010. pag 444

## **5.3.24. Lesiones Gingivales de Origen Genético**

### **5.3.24.1. Fibromatosis gingival hereditaria**

La hiperplasia gingival puede producirse como efecto colateral de medicamentos sistémicos como la fenitaina, la ciclosporina y la nifedipina. Estas lesiones dependen hasta cierto punto de la placa bacteriana. La hiperplasia gingival también puede ser de origen genético.

LanLindhe manifestó que:

“Estas lesiones se conocen como fibromatosis gingival hereditaria, un trastorno poco común caracterizado por agrandamiento gingival difuso y que algunas veces recubre parcial o totalmente la superficie dentaria. Las lesiones se desarrollan independientemente de la eliminación de la placa”.<sup>69</sup>

La mayoría de los casos se relacionan con una forma de herencia autosómica dominante pero se han descrito casos fundados en caracteres autosómicos recesivos. La hiperplasia puede producir protusión labial y obligar a masticar sobre la hiperplasia que cubre los dientes. El tratamiento consiste en la recepción quirúrgica, a menudo con gingivectomía en serie, pero las recidivas son frecuentes. Si la hiperplasia es extensa, la eliminación de las seudobolsas se puede obtener mejor con un colgajo reposicionado apical que evite la exposición del tejido conjuntivo provocado por la gingivectomía.

---

<sup>69</sup>LAN, L.(2009). Periodontología Clínica E Implantología Odontología. ed 5ta Panamericana.pag 38

## **CAPITULO VI**

### **6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION**

#### **6.1. METODOS**

##### **6.1.1. MODALIDAD BASICA DE LA INVESTIGACION**

###### **6.1.1.1. BIBLIOGRAFICA**

La investigación es bibliográfica porque se llevo a efecto fue necesaria la previa recopilación de información de distintos medios, entre los que constan libros de texto y la web.

###### **6.1.1.2. DE CAMPO**

La investigación es de campo porque se utilizo para la investigación instrumentos como son las encuestas y fichas de observación.

##### **6.1.2. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

###### **6.1.2.1 EXPLORATORIA**

Porque se realizo la exploración de la cavidad bucal de los pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

#### **6.1.2.2. DESCRIPTIVA**

En este estudio se describe los diferentes tipos de Infecciones Respiratorias Agudas y su relación con el estado de la salud gingival.

#### **6.1.2.3. ANALITICA**

Se obtuvo un análisis íntegro del problema.

#### **6.1.2.4. SINTETICA**

Toda la información recopilada, la cual se midió el alcance de los objetivos, fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

#### **6.1.2.5. PROPOSITIVA**

Al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

### **6.2. TECNICAS**

#### **6.2.1. OBSERVACIÓN**

Del estado de la salud gingival de los pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

#### **6.2.2. ENCUESTA**

Se encuestó a los pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

### **6.3. INSTRUMENTOS**

Ficha Clínica

Formulario de Encuesta

### **6.4. RECURSOS**

#### **6.4.1. TALENTO HUMANO**

- Investigador
- Tutor de tesis
- Pacientes del Hospital Verdi Cevallos Balda

#### **6.4.2. RECURSOS TECNOLOGICOS**

- Internet
- Equipo de computo
- Impresora
- Cámara fotográfica
- Pen drive
- Teléfono celular

#### **6.4.3. MATERIALES**

- Textos relacionados al tema de investigación
- Fotocopias
- Encuadernación
- Materiales de Oficina
- Suministros de impresión
- Instrumento de diagnóstico odontológico

#### **6.4.4. RECURSOS ECONOMICOS**

La investigación tuvo un costo de \$ 2.508,44

#### **6.5. POBLACION Y MUESTRA**

##### **6.5.1. POBLACION**

La población la constituye 433 pacientes en el área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

##### **6.5.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La muestra la constituyen 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

##### **6.5.3. TIPO DE MUESTRA**

EL tipo de muestreo Aleatorio simple, pero hubo un poco de restricción para obtener los datos de las historias clínicas.

## CAPITULO VII

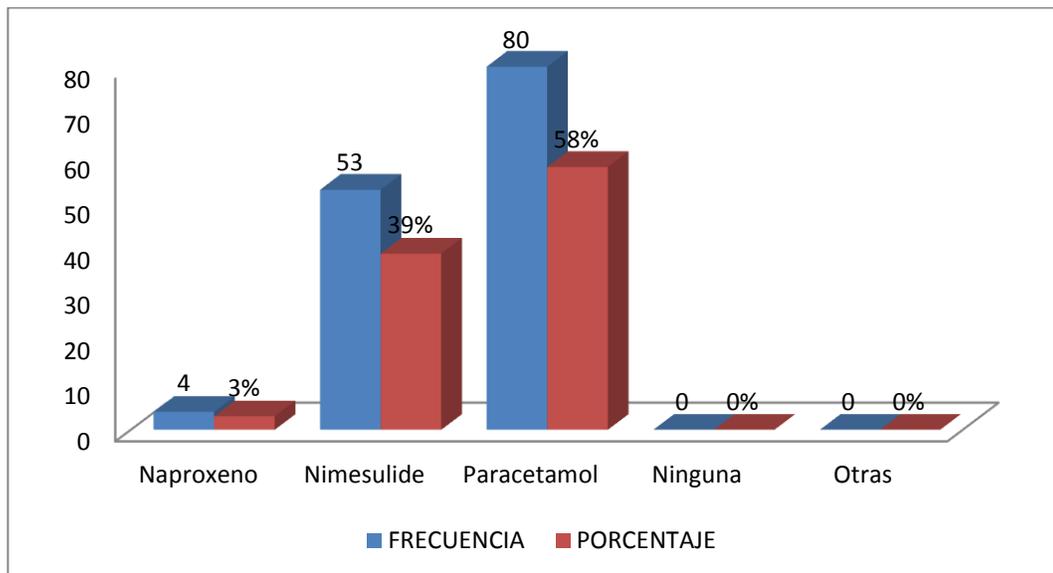
### 7. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

#### 7.1. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA.

##### GRAFICUADRO N#1

1. ¿Cuál de estos Medicamentos utiliza usted para sus problemas respiratorios?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Naproxeno	4	3%
Nimesulide	53	39%
Paracetamol	80	58%
Ninguna	0	0%
Otras	0	0%
TOTAL	137	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
ELABORADO POR: Leonardo Alejandro Navarrete Ávila

## ANALISIS E INTERPRETACION

En el graficuario N°1 se encontró que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 4 personas que equivalen al 3% ingerían Naproxeno, 53 personas que equivalen al 39% ingerían Nimesulide, 80 personas que equivalen al 58% ingerían paracetamol, ninguna de las anteriores y otras corresponden al 0%.

Según la pág.

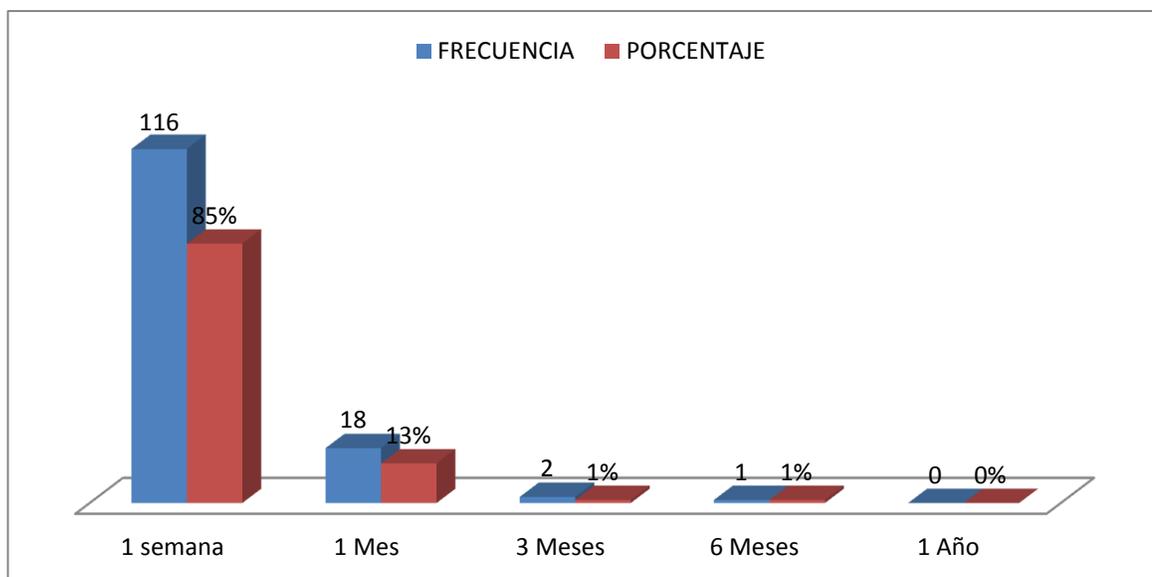
[www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101c](http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101c) dice que “Los antiinflamatorios no esteroideos (Aines) representan uno de los grupos farmacológicos más consumidos en el mundo. Son un conjunto heterogéneo de compuestos químicos generalmente no relacionados entre sí, que comparten acciones terapéuticas para el control en diversos grados de dolor, inflamación y fiebre. En todos, con pequeñas variaciones, la eficacia clínica es equiparable. Y muy utilizado en las Infecciones respiratorias agudas (IRAS)”.pág. 13

Lo que da como resultado que el 58% de los pacientes usan el paracetamol como medicamento de elección en enfermedades respiratorias.

## GRAFICUADRO N# 2

2. ¿Qué tiempo tiene usted ingiriendo medicamentos para su problema respiratorio?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 semana	116	85%
1 Mes	18	13%
3 Meses	2	1%
6 Meses	1	1%
1 Año	0	0%
TOTAL	137	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
ELABORADO POR: Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficoadro N°2 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 116 pacientes equivalen al 85% de pacientes que llevan ingiriendo medicamentos por una semana, 18 pacientes equivalen al 13% de pacientes que llevan ingiriendo medicamentos por un mes, 2 pacientes equivalen al 1% de pacientes que llevan ingiriendo medicamentos por tres meses, 1 pacientes equivalen al 1% de pacientes que llevan ingiriendo medicamentos por 6 meses, 0 pacientes estuvieron ingiriendo medicamentos por un año.

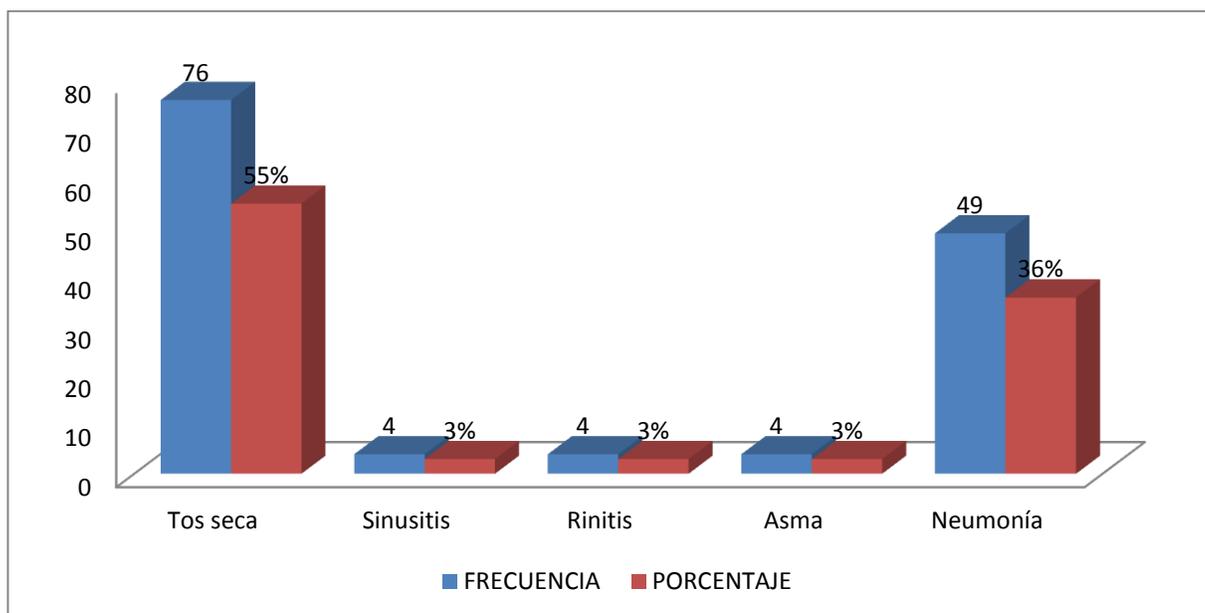
Según la página [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx) PAG dice que “Las características farmacológicas y clínicas que dan fundamento a la selección y al uso de un medicamento AINE, serán descritas a continuación. Se comparan las cualidades de cada uno de los integrantes de este grupo de medicamentos con la finalidad de que el médico tenga la convicción de que su elección es la mejor para el caso que asiste” pág. 14

Lo que da como resultado que el 85% de los pacientes llevan ingiriendo medicamento por una semana y no acarrea ningún problema de carácter gingival.

### GRAFICUADRO N# 3

#### 3. ¿Presenta usted?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tos seca	76	55%
Sinusitis	4	3%
Rinitis	4	3%
Asma	4	3%
Neumonía	49	36%
TOTAL	137	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
ELABORADO POR: Leonardo Alejandro Navarrete Ávila

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°3 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 76 pacientes equivale al 55% pacientes que presentan tos seca, 4 pacientes equivale al 3% pacientes que presentan problemas de sinusitis, 4 pacientes equivale al 3% pacientes que presentan problemas de rinitis, 4 pacientes equivale al 3% pacientes que presentan problemas de asma, 49 pacientes equivalen al 36% de pacientes con problemas de neumonía.

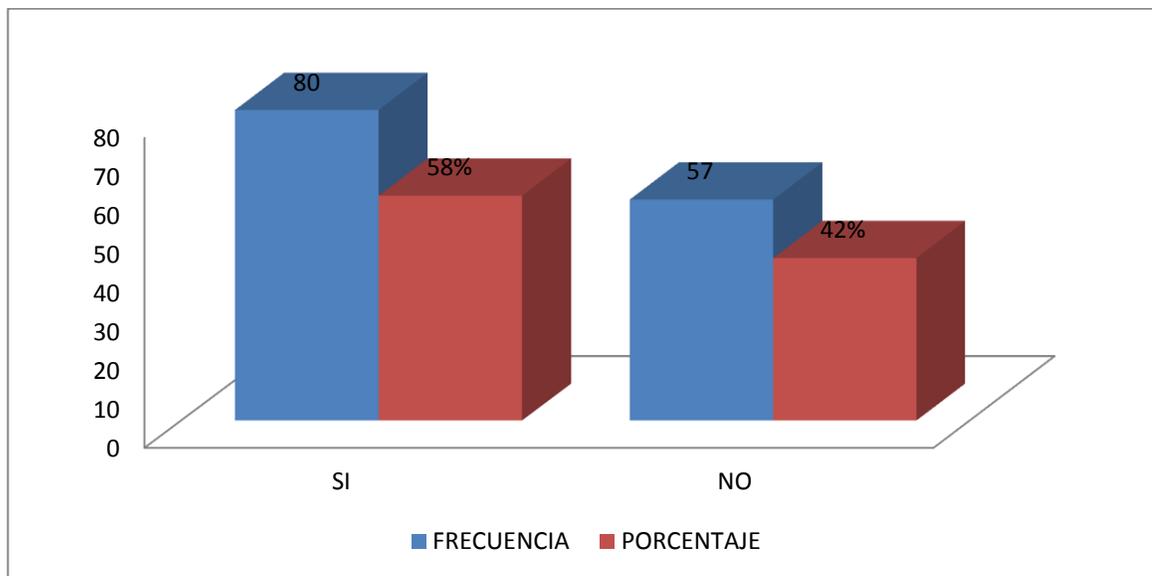
Según el autor RODES Juan. LIBRO DE LA SALUD DEL HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA Y LA FUNDACIÓN BBVA. “Las infecciones respiratorias agudas son enfermedades muy frecuentes que afectan cada año a numerosas personas. Muchas de ellas son leves y no necesitan ser tratadas con medicamentos. Otras como las neumonías, asma, sinusitis, rinitis, requieren en bastantes ocasiones ingresos hospitalarios y pueden tener una mortalidad de hasta el 20% en la forma más grave”. pág. 9

Lo que da como resultado que de 137 pacientes el 55% de los pacientes presentaron tos seca como problema respiratorio.

#### GRAFICUADRO N# 4

#### 4. ¿Frecuentemente usted respira por la boca?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	80	58%
NO	57	42%
TOTAL	137	100%



FUENTE: Encuesta realizada a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
ELABORADO POR: Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°4 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 80 pacientes equivalen al 58% de pacientes que sus familiares le avisan que tiene dificultad al respirar cuando duerme, 57 pacientes equivale al 42% de pacientes que sus familiares le dicen que no tiene dificultad al respirar cuando duerme.

Según La pág. <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/> mensiono:

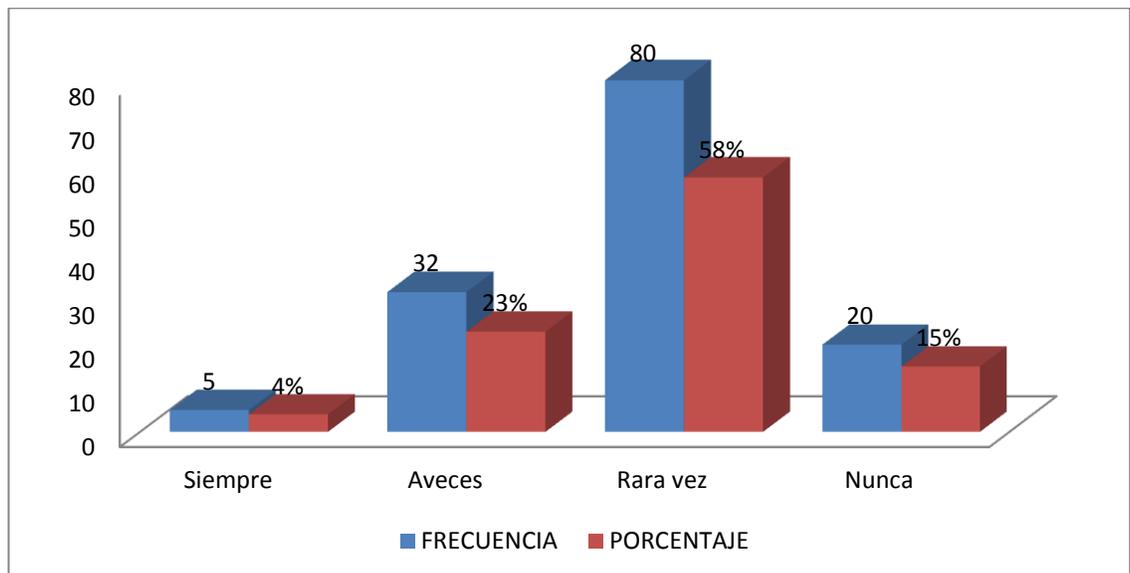
El respirador bucal es físicamente incapaz de respirar por la nariz. Produce alteraciones fisiológicas que pueden afectar progresivamente su desarrollo físico y psíquico. Su detección y corrección depende de la oportuna intervención de un equipo multidisciplinario, que incluye al pediatra del niño, al otorrinolaringólogo infantil, fonoaudiólogo, odontólogo, (a través de aparatos fijos o móviles. pág. 60

Lo que da como resultado que 58% de los pacientes presentan síndrome de respirador bucal.

## GRAFICUADRO N# 5

### 5. ¿Se despierta frecuentemente con la boca seca?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	5	4%
A veces	32	23%
Rara vez	80	58%
Nunca	20	15%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigido a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°5 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 5 pacientes que equivalen al 4% dijeron que SIEMPRE se despiertan con la boca seca, 32 pacientes equivalen al 23% dijeron que AVECES se despiertan con la boca seca, 80 pacientes equivalen al 58% dijeron que RARA VEZ se despiertan con la boca seca, 20 pacientes equivalen al 15% que NUNCA se despiertan con la boca seca.

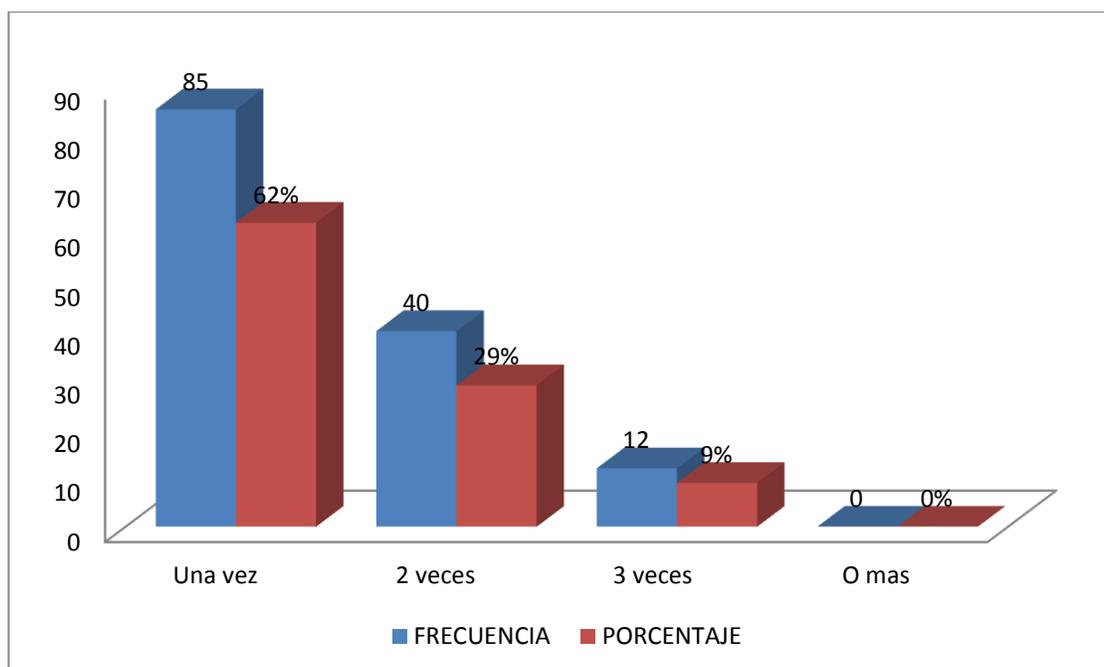
Según la página [www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm](http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm) mensiono: "La xerostomía se caracteriza por la disminución del flujo salival y está ocasionada por ciertos medicamentos, por la radioterapia que se aplica en la zona de cabeza y cuello, o bien por ciertas enfermedades autoinmunes." Pág. 69

Lo que da como resultado que existe un 85% de pacientes que presentan xerostomía.

## GRAFICUADRO N# 6

6.¿Con que frecuencia presenta usted problemas respiratorios al año?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Una vez	85	62%
2 veces	40	29%
3 veces	12	9%
O mas	0	0%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda

**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°6 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 85 pacientes equivalen al 62% que mencionaron que UNA SOLA VEZ presentaron problemas respiratorios en el año, 40 pacientes equivalen al 29% mencionaron que DOS VECES presentaron problemas respiratorios en el año, 12 pacientes equivalen al 9% y mencionaron que TRES VECES presentaron problemas respiratorios en el año, y MAS de tres veces en el año no hubo ninguna.

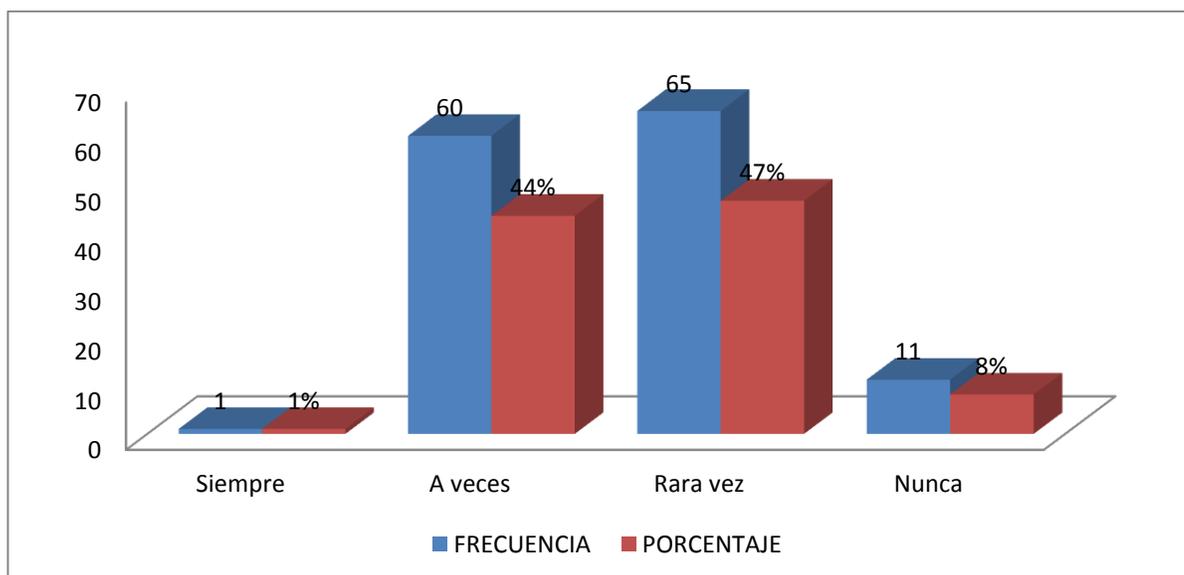
Según el autor RODES Juan. LIBRO DE LA SALUD DEL HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA Y LA FUNDACIÓN BBVA "Las IRAS son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados. En promedio en el área urbana un niño presenta entre 5 y 8 episodios de IRA por año, la incidencia en el área rural es menor. pág. 9

Lo que da como resultado que un 9% de pacientes hay un índice muy bajo que mencionaron que presentaron tres veces problemas respiratorios al año.

## GRAFICUADRO N# 7

### 7.¿Le sangran las encías espontáneamente?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	1	1%
A veces	60	44%
Rara vez	65	47%
Nunca	11	8%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°7 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 1 paciente que equivale al 1% menciona que siempre le sangran las encías espontáneamente, 60 pacientes que equivalen al 44% mencionaron que AVECES le sangran las encías, 65 pacientes equivalen al 47% mencionaron que RARA VEZ le sangran las encías, 11 pacientes equivalen al 8% mencionaron que NUNCA le sangran las encías.

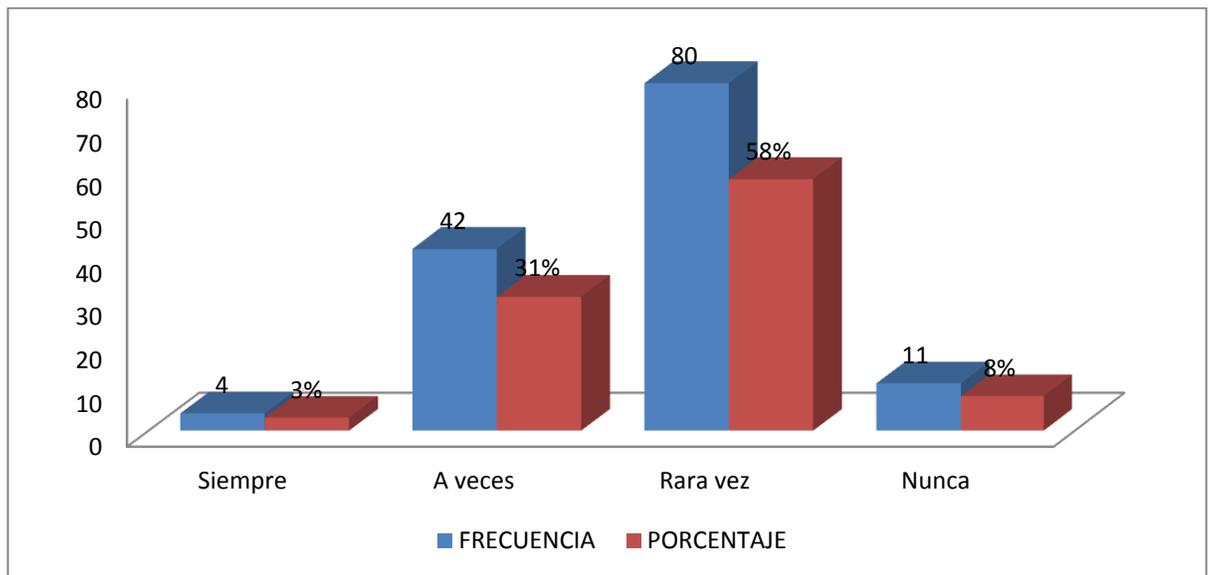
Según Salud Gingival <<http://www.elcuerpo.es/gingivitis-inflamacion-hinchazon-y-sangrado.com>> La gingivitis un problema de encías, la gingivitis es una enfermedad bucal que afecta a las encías y que causa su inflamación y sangrado. Esta enfermedad se produce por la acumulación de la placa, que es una película de desechos alimenticios y de bacterias, que al no recibir una limpieza conveniente, se convierten en depósitos denominados sarro o tártaro dental. pág. 63

Lo que da como resultado que el 44% mencionaron que a veces le sangran las encías estos se pueden deber a varios factores uno de ellos por una mala higiene oral.

## GRAFICUADRO N# 8

### 8.¿Presenta mal aliento?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	4	3%
A veces	42	31%
Rara vez	80	58%
Nunca	11	8%
TOTAL	137	100%



**Fuente:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°8 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 4 pacientes equivalen al 3% mencionaron que SIEMPRE presentan mal aliento, 42 pacientes equivalen al 31% mencionaron que AVECES presentan mal alientos, 80 pacientes equivalen al 58% mencionaron que RARA VEZ presentaban mal aliento, 11 pacientes equivalen al 8% mencionaron que NUNCA presentan mal aliento.

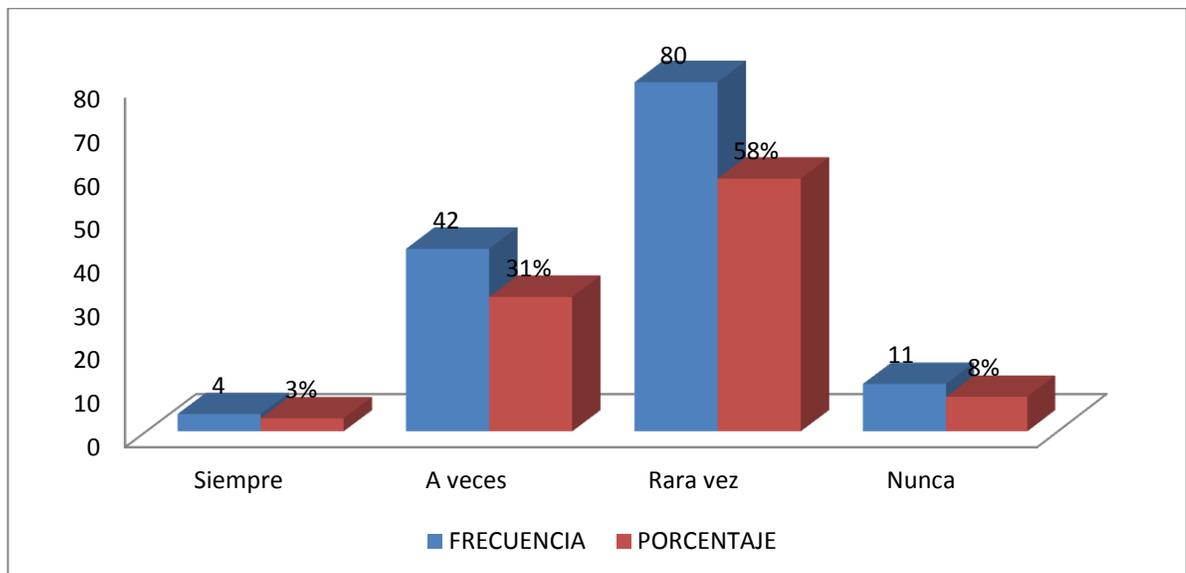
Según la pág. [www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm](http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm) dice que “Halitosis, o mal aliento, es una afección de la que se da cuenta muy a menudo. Sea en forma de mal aliento ocasional que siente casi todo adulto sano al levantarse en la mañana, o sea en forma de problemas más serios o graves, desde trastornos metabólicos hasta tumores pulmonares, se dice que la halitosis afecta a casi 50 % de una población. A juzgar por la magnitud del mercado de ventas de colutorios y otros productos contra el mal aliento (de casi un billón de dólares según las últimas estadísticas), la halitosis es un problema personal que preocupa a mucha gente” pág. 68

Lo que da como resultado que 90% pacientes presentaron mal aliento.

## GRAFICUADRO N# 9

### 9.¿Presenta dolor en dientes?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	4	3%
A veces	42	31%
Rara vez	80	58%
Nunca	11	8%
TOTAL	137	100%



**Fuente:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°9 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 4 pacientes equivalen al 3% mencionaron que SIEMPRE presentan dolor en los dientes, 42 pacientes equivalen al 31% mencionaron que AVECES presentan dolor en los dientes, 80 pacientes equivalen al 58% mencionaron que RARA VEZ presentaban dolor en los dientes, 11 pacientes equivalen al 8% mencionaron que NUNCA presentan dolor en los dientes.

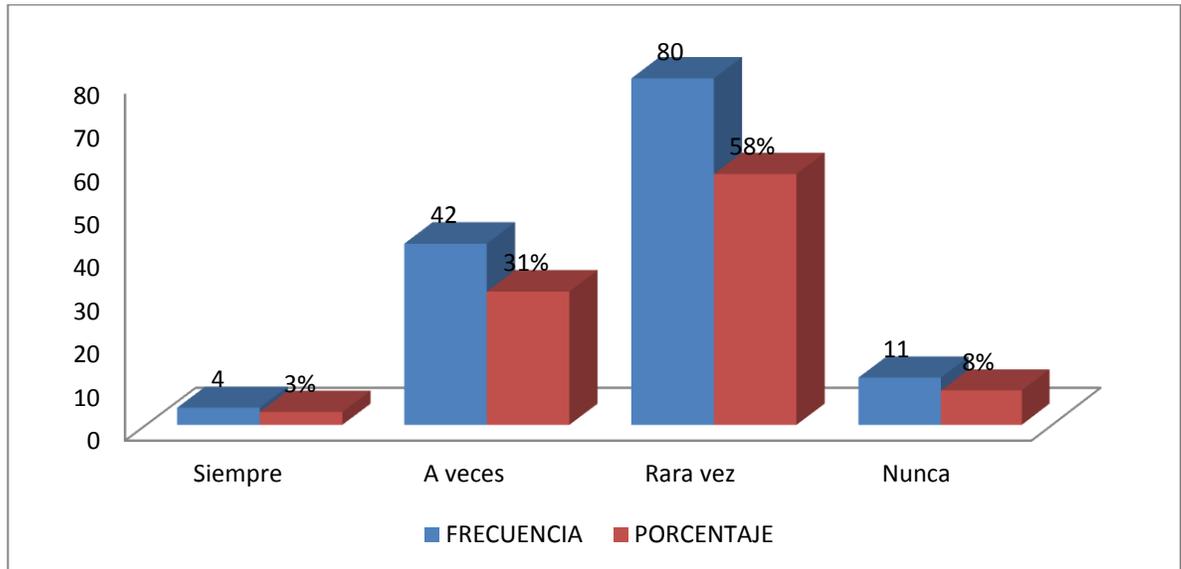
Según el autor Noemí Bordón, Alfonso Escobar, Ramón Castillo. Odontología Pediátrica. “La acumulación de biopelícula dentobacteriana por dos a cuatro días conduce a vasculitis, los antígenos reaccionan con clases específicas de anticuerpos IgE que se unen a los mastocitos. La acumulación de biopelícula dentobacteriana por cuatro a quince días conduce a diferentes eventos biológicos como el sangrado espontáneo de las encías y a veces dolor del diente”. pág. 86

Lo que da como resultado que el 8% mencionaron nunca tener dolor de los dientes pero si existió problemas gingivales.

## Grafico N# 10

### 10.¿Presenta dolor en las encías?

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	4	3%
A veces	42	31%
Rara vez	80	58%
Nunca	11	8%
TOTAL	137	100%



**Fuente:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficcuadro N°10 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las encuestas, 4 pacientes equivalen al 3% mencionaron que SIEMPRE presentan dolor en las encías, 42 pacientes equivalen al 31% mencionaron que AVECES presentan dolor en las encías, 80 pacientes equivalen al 58% mencionaron que RARA VEZ presentaban dolor en las encías, 11 pacientes equivalen al 8% mencionaron que NUNCA presentan dolor en las encías.

Según la página [www.enciasana.cl/Reconocer\\_enciaenferma.htm](http://www.enciasana.cl/Reconocer_enciaenferma.htm) dice que “Dolor: El dolor es poco frecuente en las enfermedades relacionadas con la encía (Gingivitis y Periodontitis). Ésta es una de las razones por las cuales los pacientes no advierten que son víctimas de una patología. Es conveniente visitar al dentista, por lo menos, una vez al año para detectar complicaciones “silenciosas” pág. 65

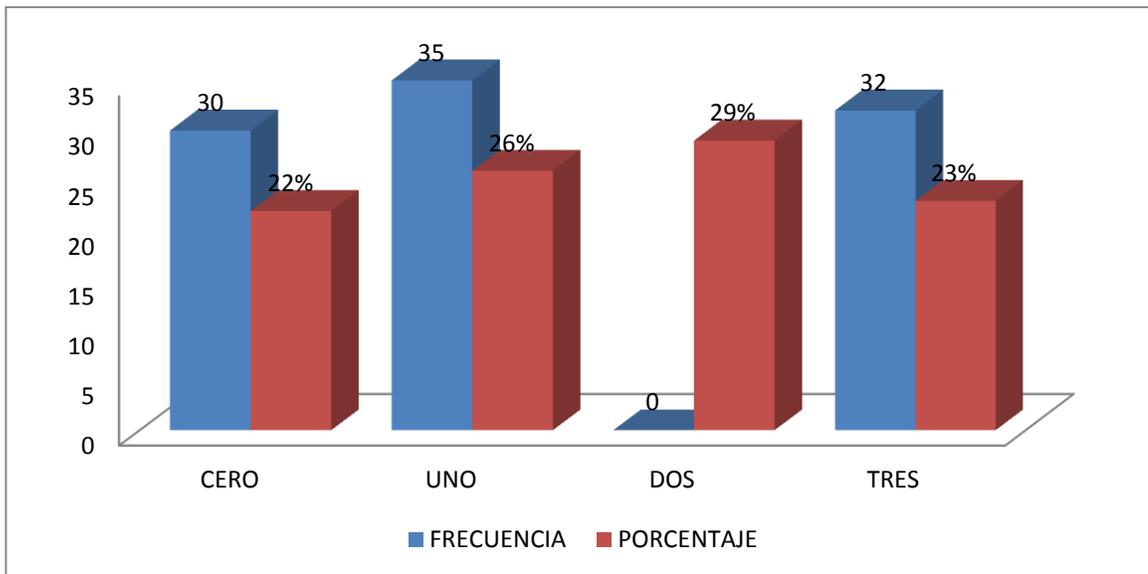
Lo que da como resultado que el 92% de los pacientes presentan dolor por consecuencia a problemas gingivales.

**7.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACION PARA DETERMINAR EL INDICE EPIDIMOLOGICO DE LOS PACIENTES DE NEUMOLOGIA DEL HOSPITAL VERDI VCEVALLOS BALDA.**

**GRAFICUADRO N# 1**

**PLACA DENTAL**

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CERO	30	22%
UNO	35	26%
DOS	40	29%
TRES	32	23%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°1 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las fichas de observación, 30 pacientes equivalen al 22% que tienen CERO en placa dental, 35 pacientes equivalen al 26% que tienen GRADO UNO en placa dental, 40 pacientes equivalen al 29% que tiene GRADO DOS en placa dental, 32 pacientes equivalen al 23% que tienen GRADO TRES en placa dental.

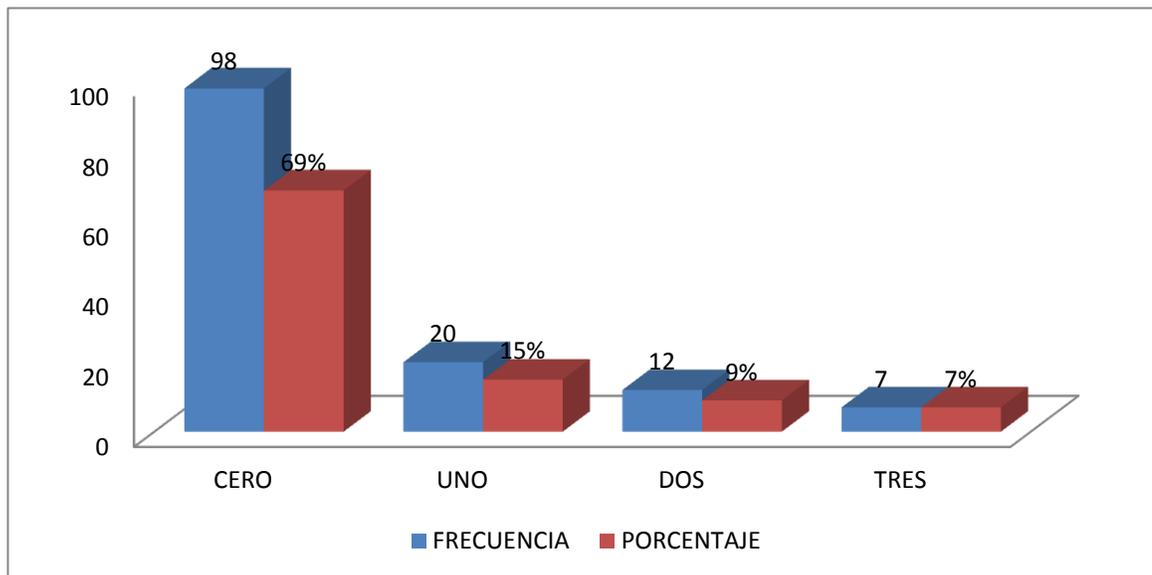
Según la pág. [www.misrespuestas.com/que-es-la-placa-dental.html](http://www.misrespuestas.com/que-es-la-placa-dental.html) dice que "La placa dental o bacteriana, llamada también biofilm dental, es una capa blanda y pegajosa que se encuentra en la boca y que crece adhiriéndose en la parte baja de los dientes, cerca de las encías. En nuestra boca, constantemente se está formando. Para poder crecer y desarrollarse, las bacterias se valen de los residuos que quedan de los alimentos y de nuestra saliva". pág. 66

Lo que da como resultado que el 22% de los pacientes no tienen placa dental, por buena higiene bucal.

## GRAFICO N# 2

### CALCULO DENTAL

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CERO	98	69%
UNO	20	15%
DOS	12	9%
TRES	7	7%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuarro N°2 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las fichas de observación, 98 pacientes que equivalen al 71% que tienen CERO en cálculo dental, 20 pacientes equivalen al 15% que tienen GRADO UNO en calculo dental, 12 pacientes equivalen al 9% que tiene GRADO DOS en calculo dental, 7 pacientes equivalen al 5% que tienen GRADO TRES en calculo dental.

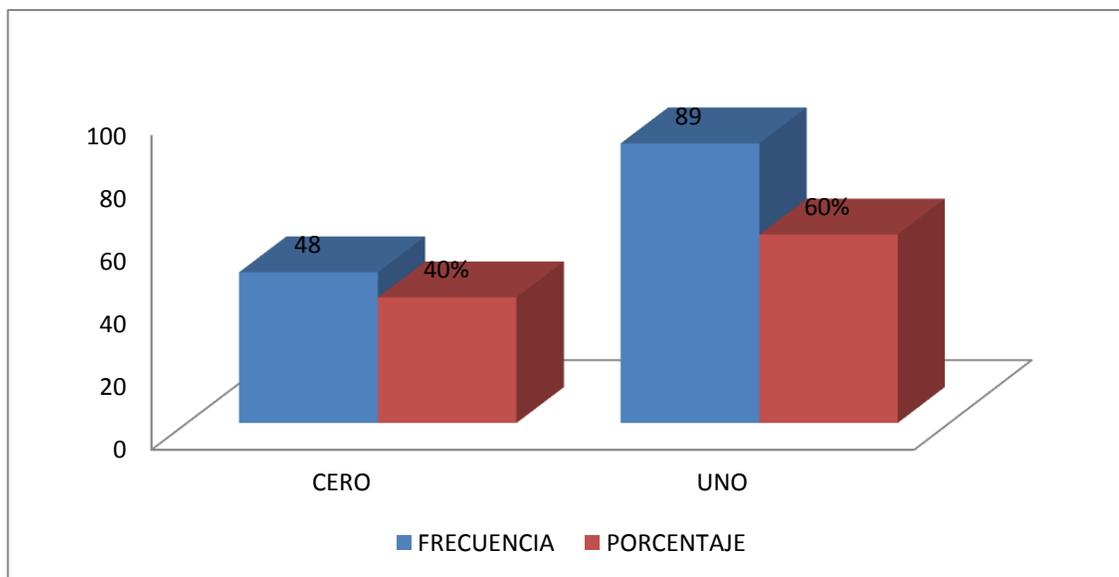
Según la pág. [higienebucodental03.blogspot.com/2009/04/calculo-dental.html](http://higienebucodental03.blogspot.com/2009/04/calculo-dental.html) Dice que “Es la placa mineralizada adherente que se forma sobre la superficie de los dientes, generalmente se clasifica de acuerdo con su ubicación relativa al margen gingival lo que nos lleva a clasificarlo en cálculo supragingival y cálculo subgingival. Cálculo supragingival es la expresión usada para referirse al que se forma por encima del margen gingival, mientras que el subgingival se refiere al que se forma por debajo de este” pág. 67

Lo que da como resultado que hay un índice muy elevado del 71% de pacientes que no tienen cálculo dental.

### GRAFICO N# 3

#### GINGIVITIS

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CERO	48	40%
UNO	89	60%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

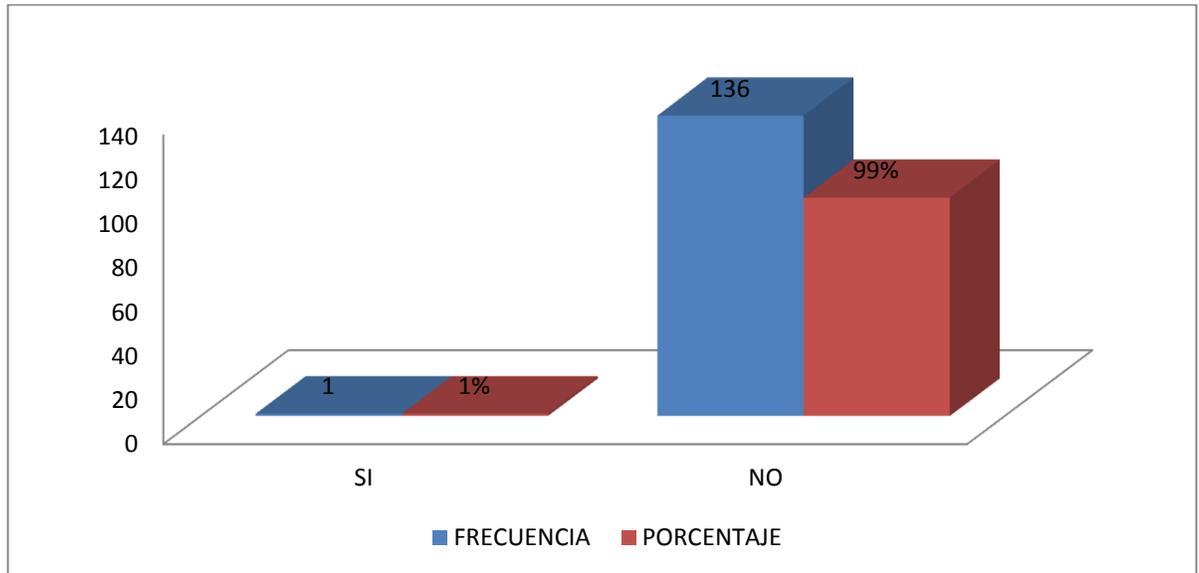
En el graficuarro N°3 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las fichas de observación, 48 pacientes que equivalen al 40% que tienen CERO en gingivitis, 89 pacientes equivalen al 60% que tienen GRADO UNO en gingivitis.

Según el autor SEPA. Higiene Bucal. “La gingivitis causada por placa bacteriana es la forma más prevalente de todas las enfermedades que afectan al periodonto. La etiología bacteriana fue demostrada ampliamente desde la década de 1960 con el estudio clásico de la gingivitis experimental de loetcal y posteriormente duplicada por muchísimos investigadores. Estos estudios han demostrado que la gingivitis se desarrolla cuando la placa se acumula sobre la superficie dental y siempre desaparece cuando se remueve la placa” pág. 80

Lo que da como resultado que el 60% de los pacientes tienen gingivitis debido a diversos factores de las enfermedades respiratorias.

**GRAFICUADRO N# 4**  
**MANCHAS**

Pregunta	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	1%
NO	136	99%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficuaadro N°4 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las fichas de observación, 1 paciente que equivalen al 1% que tienen MANCHAS en la boca, 136 pacientes equivalen al 99% que no tienen MANCHAS en la boca.

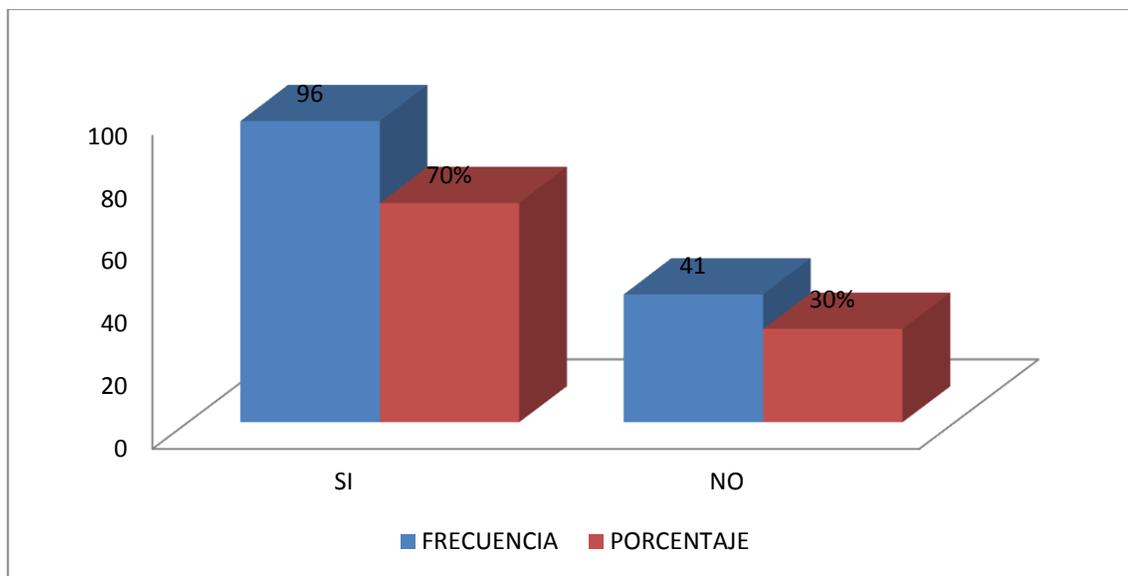
Según la página [www.ionzabalgui.com](http://www.ionzabalgui.com) *dice que* “El color natural de la encía es un color rosa pálido que demuestra la presencia de salud. Pero en algunas personas, especialmente en fumadores e incluso en fumadores pasivos, existe un aumento de la pigmentación de la encía que puede oscurecer el brillo de la sonrisa. Está causado por el aumento de la secreción de melanina y por el depósito de sustancias tóxicas del tabaco que estimulan la pigmentación benigna de la encía. Aparece en mayor medida durante el primer año y suele reducirse al cesar el tabaquismo”. pág. 90

Lo que da como resultado que 99% de los pacientes no tenían manchas quiere decir que no existen manifestaciones gingivales en pacientes con infecciones respiratorias agudas.

## GRAFICUADRO N# 5

### MOVILIDAD DENTARIA

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	96	70%
NO	41	30%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

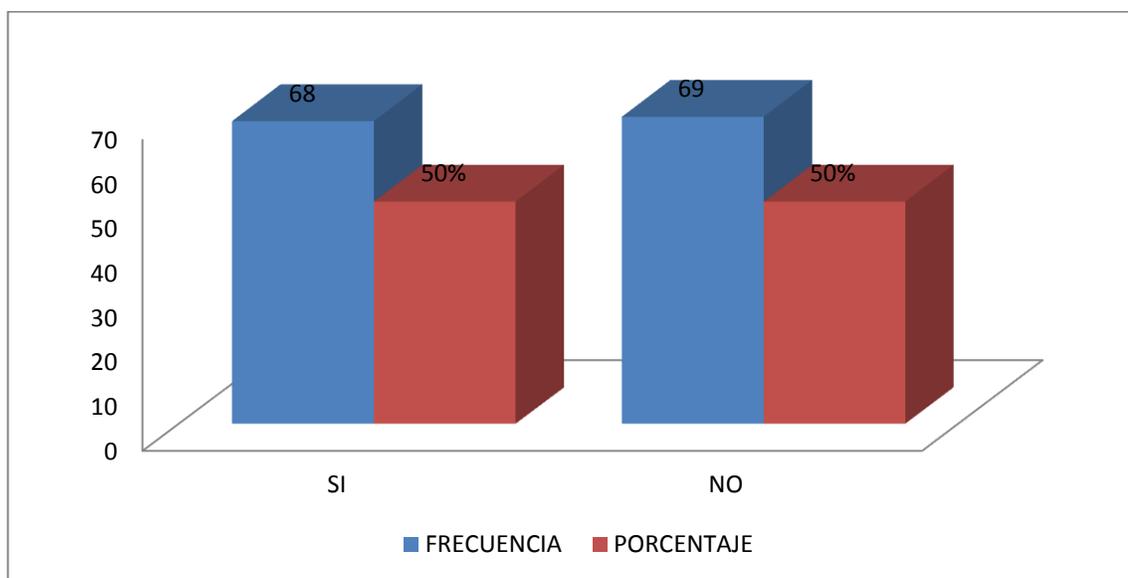
En el grafic cuadro N°5 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las fichas de observación, 96 paciente que equivalen al 70% que tienen MOVILIDAD DENTARIA, 41pacientes equivalen al 30% que no tienen MOVILIDAD DENTARIA.

Según la página [www.slideshare.net/mdaly21/enfermedades](http://www.slideshare.net/mdaly21/enfermedades) dice que “Tipos de Enfermedad Gingival El tipo más ordinario de los trastornos gingivales es la afección inflamatoria simple (gingivitis simple o marginal crónica) ocasionada por la placa bacteriana adherida a la estructura dentaria. Esta puede permanecer estacionada por tiempo indefinido o puede progresar hasta afectar las estructuras de soporte, y diente, causando periodontitis” pág. 73

Lo que da como resultado que 70% de los pacientes tiene movilidad dentaria por una falta de cultura preventiva y por infecciones respiratorias agudas como la sinusitis que causa lesiones en los soporte dentales.

**GRAFICUADRO# 6**  
**RECESION GINGIVAL**

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	68	50%
NO	69	50%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

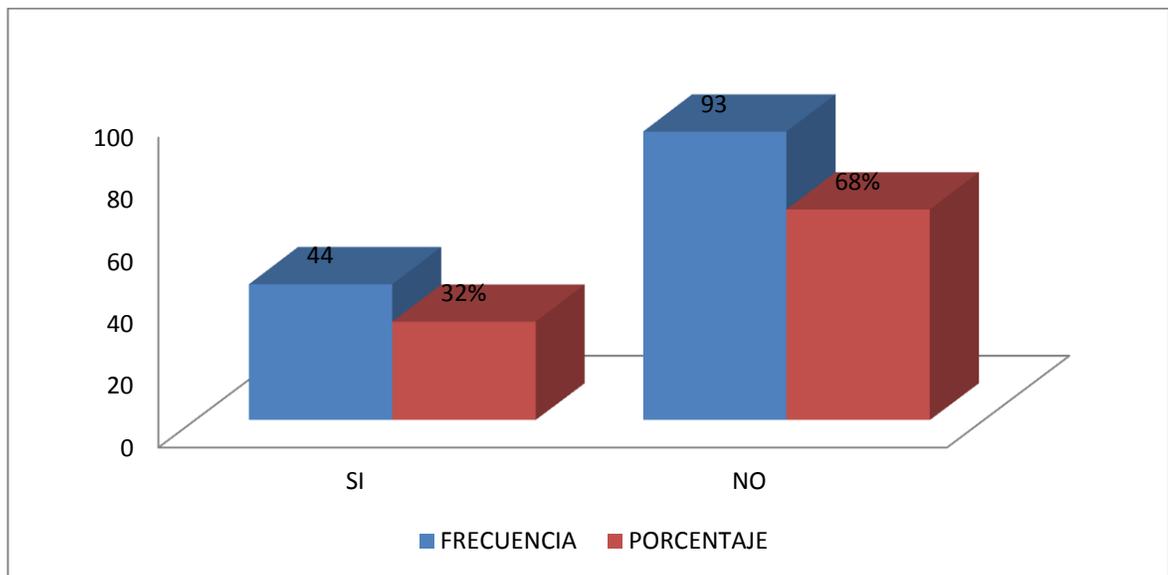
En el graficuarro N°6 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las fichas de observación, 68 paciente que equivalen al 50% que tienen RECESION GINGIVAL, 69 pacientes equivalen al 50% que no tienen RECESION GINGIVAL.

Según la página [es.scribd.com/doc/27355415/Recesion-Gingival](https://es.scribd.com/doc/27355415/Recesion-Gingival) PAG 45 dice que "Edad. (Proceso fisiológico relacionado con el efecto acumulativo de una lesión patológica menor y traumas directos o repetidos.) Técnica defectuosa de cepillado. (Abrasión.) Mal posición Dentaria. Fricción de los tejidos blandos. (Ablación gingival). Gingivitis Inserción alta de los frenillos. Movimiento ortodónticos." pág. 75

Lo que da como resultado que el 50% de pacientes poseen recesión gingival pero no se puede mencionar que es por las infecciones respiratorias agudas pueden ser 'por otro factores.

**GRAFICUADRO# 7**  
**SANGRADO DE ENCIA**

GRADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	44	32%
NO	93	68%
TOTAL	137	100%



**FUENTE:** Encuesta dirigida a los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.  
**ELABORADO POR:** Leonardo Alejandro Navarrete Ávila.

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

En el graficoadro N°7 que los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos balda que se les realizaron las fichas de observación, 44 paciente que equivalen al 32% que tienen SANGRADO DE LAS ENCIAS, 68 pacientes equivalen al 68% que no tienen SANGRADO EN LAS ENCIAS.

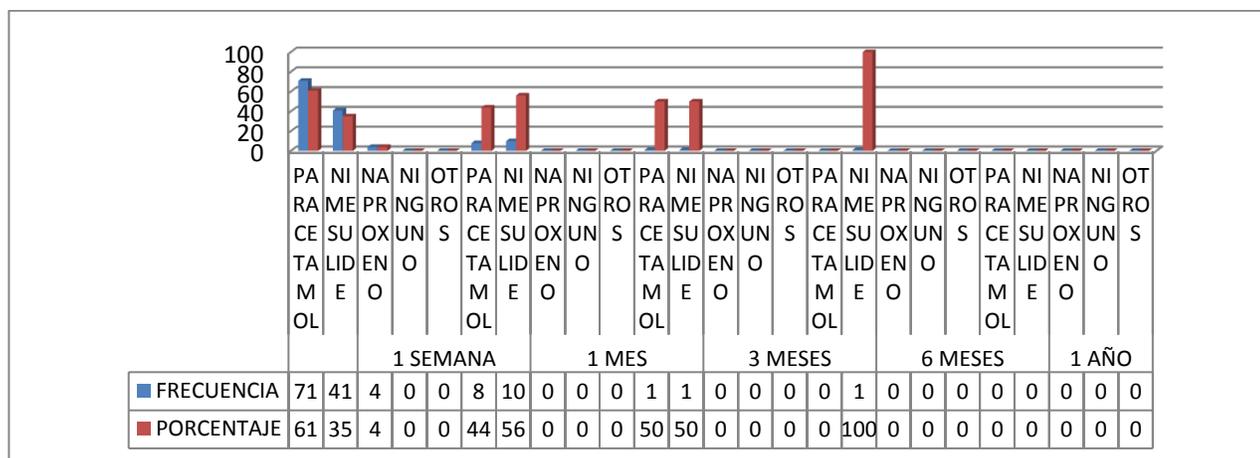
Según la página [www.elcuerpo.es/gingivitis-inflamacion-hinchazon-y-sangrado-dice-que](http://www.elcuerpo.es/gingivitis-inflamacion-hinchazon-y-sangrado-dice-que) “La gingivitis un problema de encías, la gingivitis es una enfermedad bucal que afecta a las encías y que causa su inflamación y sangrado. Esta enfermedad se produce por la acumulación de la placa, que es una película de desechos alimenticios y de bacterias, que al no recibir una limpieza conveniente, se convierten en depósitos denominados sarro o tártaro dental” pág. 63

Lo que da como resultado 32% de pacientes tienen sangrado de las encías por falta de higiene oral.

## CRUCE DE INFORMACIÓN DEL OBJETIVO #1

### GRAFICUADRO #1

			FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 SEMANA	PARACETAMOL	116	71	61
	NIMESULIDE		41	35
	NAPROXENO		4	4
	NINGUNO		0	0
	OTROS		0	0
1 MES	PARACETAMOL	18	8	44
	NIMESULIDE		10	56
	NAPROXENO		0	0
	NINGUNO		0	0
	OTROS		0	0
3 MESES	PARACETAMOL	2	1	50
	NIMESULIDE		1	50
	NAPROXENO		0	0
	NINGUNO		0	0
	OTROS		0	0
6 MESES	PARACETAMOL	1	0	0
	NIMESULIDE		1	100
	NAPROXENO		0	0
	NINGUNO		0	0
	OTROS		0	0
1 AÑO	PARACETAMOL	0	0	0
	NIMESULIDE		0	0
	NAPROXENO		0	0
	NINGUNO		0	0
	OTROS		0	0



## ANALISIS E INTERPRETACION

El graficoadro #1 explica que de los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda, 116 pacientes toman aines por una semana y estos fueron 71 pacientes toman paracetamol que equivale al 61% de los pacientes, 41 pacientes toman Nimesulide que equivale al 35% de los pacientes, 4 pacientes toman Naproxeno que equivale al 4% de los pacientes.

18 pacientes toman aines por un mes y estos fueron, 8 pacientes toman paracetamol que equivale al 44% de los pacientes, 10 pacientes toman Nimesulide que equivale al 56% de los pacientes, Naproxeno ninguno y otros la respuesta fue cero equivale al 0% de los pacientes.

2 pacientes toman aines por 3 meses y estos fueron, 1 paciente toma paracetamol que equivale al 50% de los pacientes, 1 paciente toma Nimesulide que equivale al 50% de los pacientes, Naproxeno ninguno y otros la respuesta fue cero equivale al 0% de los pacientes.

1 paciente toma Nimesulide por 6 meses que equivale al 100% de los paciente que toma medicamento por 6 meses, y el paracetamol, Naproxeno ninguno y otros la respuesta fue cero equivale al 0% de los pacientes.

Pacientes que toman por un año medicamento no hubo nadie y estos equivale al 0% de los pacientes.

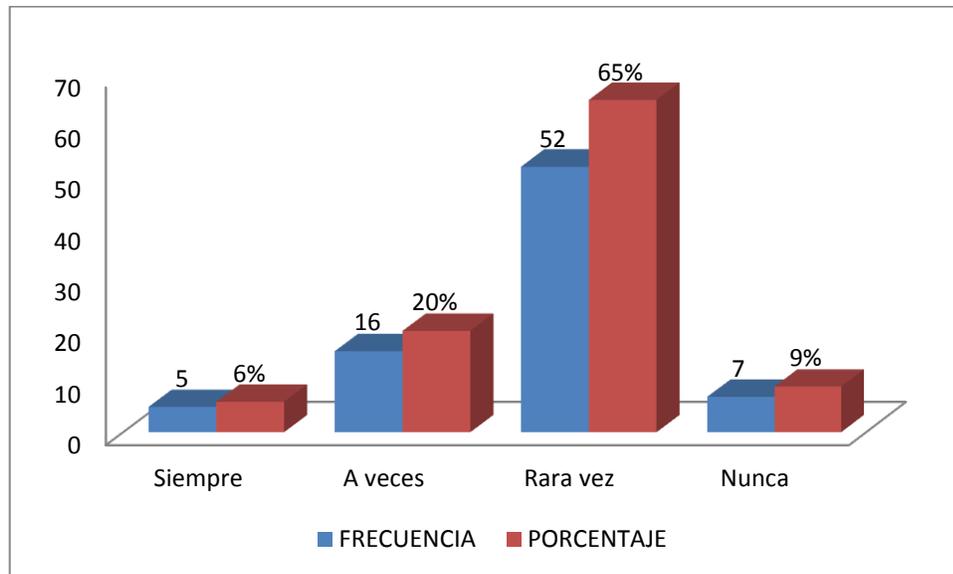
[www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101c](http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101c) dice que “Los antiinflamatorios no esteroideos (Aines) representan uno de los grupos farmacológicos más consumidos en el mundo. Son un conjunto heterogéneo de compuestos químicos generalmente no relacionados entre sí, que comparten acciones terapéuticas para el control en diversos grados de dolor, inflamación y fiebre. En todos, con pequeñas variaciones, la eficacia clínica es equiparable. Y muy utilizado en las Infecciones respiratorias agudas (IRAS)”.pág. 13

Lo que nos indica que el tipo y tiempo de los medicamentos utilizado por los pacientes de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda no acarrear problemas gingivales.

## CRUCE DE INFORMACION DEL OBJETIVO #2

### GRAFICUADRO #2

XEROSTOMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	5	6%
A veces	16	20%
Rara vez	52	65%
Nunca	7	9%
Total	80	100%



## **ANALISIS E INTERPRETACION**

El graficoadro #2 explica que de los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda, se escogieron solo los pacientes que son respiradores bucales y salieron 80 pacientes y de esta nuestra se verifico quienes presentaban boca seca.

5 pacientes mencionan tener siempre la boca seca equivale al 6% de los pacientes son respiradores bucales, 16 pacientes mencionan que a veces tienen la boca seca equivale al 20% de los pacientes respiradores bucales, 52 pacientes mencionan rara vez tienen la boca seca equivale al 65% de los pacientes respiradores bucales, y 7 pacientes mencionaron nunca tener la boca seca equivale al 9% de los pacientes respiradores bucales.

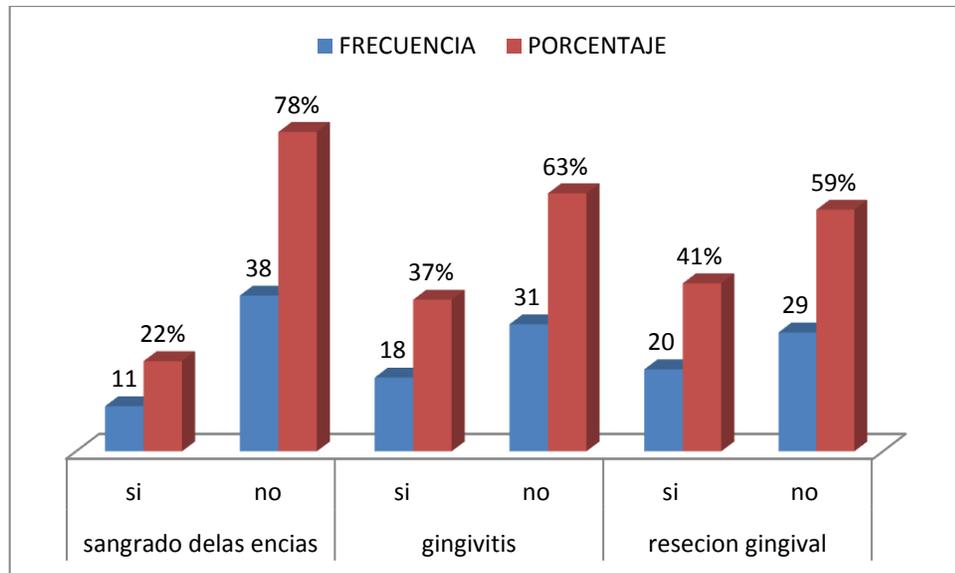
Según La pág. <http://nuevotiempo.org/mundoactual/2011/02/10/sindrome-del-respirador-bucal/> mensiono: El respirador bucal es físicamente incapaz de respirar por la nariz. Produce alteraciones fisiológicas que pueden afectar progresivamente su desarrollo físico y psíquico. Su detección y corrección depende de la oportuna intervención de un equipo multidisciplinario, que incluye al pediatra del niño, al otorrinolaringólogo infantil, fonoaudiólogo, odontólogo, (a través de aparatos fijos o móviles. pág. 60

Lo que nos indica que 91% de los pacientes respiradores bucales tienen xerostomía.

### CRUCE DE INFORMACION DEL OBJETIVO #3

**GRAFICUADRO #3**

			FRECUENCIA	PORCENTAJE
49 pacientes	sangrado delas encias	Si	11	22%
		No	38	78%
	Gingivitis	Si	18	37%
		No	31	63%
	reseccion gingival	Si	20	41%
		No	29	59%



## **ANALISIS E INTERPRETACION**

El graficoadro #3 explica que de los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda, se escogieron solo los pacientes que tienen infecciones virales y se tomo la muestra de 49 pacientes y estos tienen neumonía para ver si existe una similitud con las afecciones de las encías.

11 pacientes presentaron sangrado de encías equivale al 22% de los pacientes con infecciones virales, 38 pacientes no tenían sangrado de encías equivale al 78% de los con infeccione virales.

18 pacientes presentaron gingivitis equivale al 37% de los pacientes con infecciones virales, 31 pacientes no tenían gingivitis equivale al 63% de los pacientes con infeccione virales.

20 pacientes presentaron recesión gingival equivale al 41% de los pacientes con infecciones virales, 29 pacientes no presentaron recesión gingival equivale al 59% de los pacientes con infecciones virales.

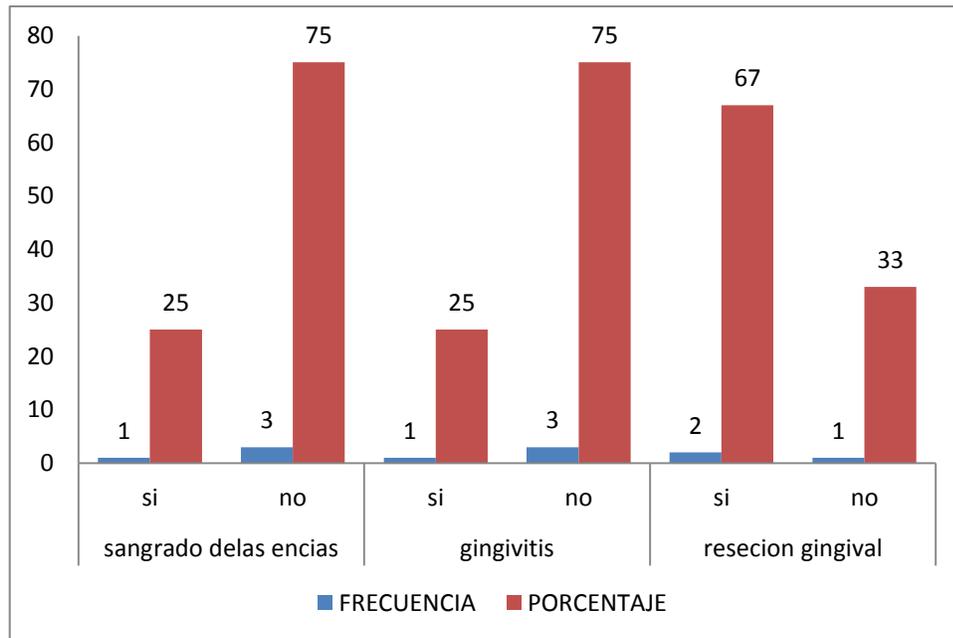
Mosby manifiesta que: Hay pocas medidas para evitar la aparición de una neumonía. En raras ocasiones se adquiere por un contagio de otra persona y las más frecuentes se originan por gérmenes que habitan en nuestras vías respiratorias. Puesto que muchas de las neumonías comienzan tras un proceso viral, la vacunación anual antigripal es recomendable las personas que pertenecen a grupos de riesgo. Asimismo la vacuna antineumocócica evita la aparición de neumonías con bacteriemia causadas por neumococo. Pag 49

Lo que nos dice que un 33% de los pacientes con infecciones virales presentan afecciones a las encías.

## CRUCE DE INFORMACION DEL OBJETIVO #4

### GRAFICUADRO #4

			FRECUENCIA	PORCENTAJE
4 pacientes	sangrado delas encías	Si	1	25%
		no	3	75%
	Gingivitis	Si	1	25%
		no	3	75%
	reseccion gingival	Si	2	67%
		no	1	33%



## **ANALISIS E INTERPRETACION**

El graficoadro #4 explica que de los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda, se escogieron solo los pacientes que tienen sinusitis fueron 4 para relacionarlos con alteraciones gingivales.

1 pacientes presento sangrado de encías equivale al 25% de los pacientes con sinusitis, 3 pacientes no tenían sangrado de encías equivale al 75% de los con sinusitis.

1 paciente presento gingivitis equivale al 25% de los pacientes con sinusitis, 3 pacientes no tenían gingivitis equivale al 75% de los pacientes con sinusitis.

2 pacientes presentaron recesión gingival equivale al 50%% de los pacientes con sinusitis, 2 pacientes no presentaron recesión gingival equivale al 50% de los pacientes con sinusitis.

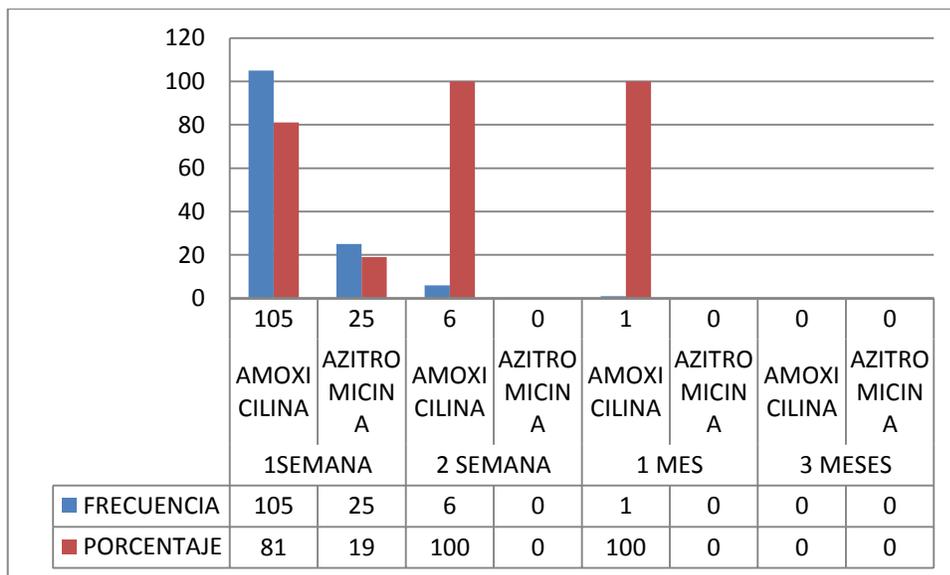
Suarez manifiesta:El paciente con una sinusitis aguda se queja de cefalea importante que característicamente empeora con las maniobras que aumentan la presión intrasinusal, como por ejemplo bajar la cabeza. Asocia rinorrea purulenta y dolor selectivo a la palpación de los puntos sinusales. Asimismo puede presentar halitosis, dolores de los diente superiores y encías, fiebre, anosmia. Pag 42

Lo que da como resultado que si existe alteraciones gingivales en pacientes con sinusitis, aunque la muestra sea muy baja si hay hallazgos clínicos.

### GRAFICUADRO #5

#### Tipo y tiempo de administración de antibióticos para sus problemas de infecciones respiratorias agudas

		TOTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1SEMANA	AMOXICILINA	130	105	81%
	AZITROMICINA		25	19%
2 SEMANA	AMOXICILINA	6	6	100%
	AZITROMICINA		0	0%
1 MES	AMOXICILINA	1	1	100%
	AZITROMICINA		0	0%
3 MESES	AMOXICILINA	0	0	0%
	AZITROMICINA		0	0%



## **ANALISIS E INTERPRETACION**

El grafic cuadro #5 explica que de los 137 pacientes del área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda, 130 tomaron antibiótico por 1 semana la cual fue, 105 amoxicilina que equivale al 81% de los pacientes, 25 azitromicina que equivale al 19% de los pacientes.

6 tomaron antibióticos por 2 semanas la cual fue, 6 amoxicilina equivale al 100% de los pacientes y azitromicina 0 pacientes.

1 paciente tomo antibiótico por 3 meses fue amoxicilina equivale al 100%.  
y azitromicina 0 pacientes.

[www.vademecum.com](http://www.vademecum.com) menciona: Aproximadamente un tercio de las prescripciones de antibióticos se utilizan para el tratamiento de las infecciones respiratorias. La mayor parte de estas prescripciones se indican para afecciones comunitarias, de tratamiento ambulatorio.

Lo que dice que el 82% de los pacientes utilizan amoxicilina para sus problemas de infecciones respiratorias agudas.

#### **7.4. CONCLUSIONES**

- Los medicamentos AINES que toman los pacientes del área de Neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda, no causan problemas en la salud gingival y el más utilizado es el paracetamol en un 58%.
- Los pacientes con infecciones respiratorias agudas evaluados en el área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda si hay respiradores bucales los cuales presentaron xerostomía.
- Los pacientes que ingresan recurrentemente con infecciones al área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda si presentan afecciones de las encías un 33%.
- Pacientes que presentan sinusitis, presentan alteraciones en los tejidos gingivales.

## **BIBLIOGRAFÍA**

UCROS S.(2009).Guías de pediatría Practica Basada en Evidencias.Bogota.ed 2da Panamericana. pág. 206.

RODES J.(2007). Libro de Salud del Hospital Clinic de Barcelona y la Fundación BBVA.Barcelona.ed 1ra Fundación BBVA.pag 337.

Harrison. (2007).Principios de Medicina Interna. España.Ed 16.cap 236

NETTER, F.(2007).Medicina Interna.ed Masson.España. Ed 10.pag 242

MÉNDEZ, J. Y HUERTA, J.(2008). Alergia: Enfermedades Multisistemicas.Mexico.ed panamericana.pag 14

LÓPEZ, J.(2008). Fisiología Clínica del Ejercicio.Buenos Aires.ed 2da Panamericana.pag 141

GUTIÉRREZ, I.(2007).Medicina de Urgencia.Mexico.ed Panamericana.pag 197-198-199

KETAI, L. Y LOFGREN, R.(2007). Principio de Radiología Toracica.España.ed 2da Panamericana.pag 312

Sociedad Argentina de terapia Intensiva.(2007). Terapia Intensiva.Argentina.ed 4ta.pag 312

Main, A.(2008).Manual de Pediatría Ambulatoria.Bogota.ed Panamericana.pag320.321

SUAREZ, C.(2007).Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.España.ed 2da.pag 146

Manual CTO Otorrinolaringología.España.ed 6ta.pag 20-21

FORBES, B.(2009).Diagnostico Microbiologico.España.ed 12va Panamericana.pag 840

CHANG, A.(2009).Clínica Pediátrica DE Norteamérica.estados Unidos. ed Masson.pag 11

Sociedad de Higiene y periodontología y Osteointegración.Higiene bucal.(2009).España. ed panamericana.cap 2 pág. 10

LAND, L.(2007).Periodontología Clínica E Implantología Odontología.España.ed panamericana.pag 383-384-385-387-388-390

NAVARRO, C.(2008).Cirugía Oral.España.ed Aran.pag 67

LASERNA, V.(2008).Higiene Dental Personal Diaria.Canada.pag 64

NEGRÓN, M.(2009).MicrobiologíaEstomatologica.Buenos Aires.pag 64

REDONDO, C.(2008).Atención al Adolescente.España.ed Universidad de catabria.pag 173

BORDONI, N. Y ESCOBAR, A. CASTILLO, R.(2010).OdontologíaPediátrica.Buenos aires.ed panamericana.pag 435-436

Diplomado de Enfermería del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.(2007).España.vol 3.pag 627

CECCOTTI, S. (2007). El Diagnostico en Clinica Estomatologica. Buenos Aires. ed panamericana. pag 583

SABINO, C. (1994). Como Hacer una Tesis. Buenos Aires. ed Panamericana. pag 240

SUENG, L. (2007). Diagnostico de la enfermedad Periodontal y otras Alteraciones del Periodonto. Lima. ed Universidad Peruana de Cayetano. pag 2

ELSEVIER, M. (2007). Medicina General Aplicada al Deporte. España. ed Panamericana. pag 86,86,88.

SPICER, J. (2009). Microbiologia Clinica y Enfermadades Infecciosas. Mexico. ed panamericana. pag 127,128

MORENO, C. (2007). Lecciones. Otorrinolaringologia. Mexico. ed. Panamericana. pag 74,75

[www.enplenitud.com/infecciones-respiratorias-agudas-iras.html#ixzz1zfqDdrnJ](http://www.enplenitud.com/infecciones-respiratorias-agudas-iras.html#ixzz1zfqDdrnJ)

<http://es.scribd.com/doc/71365894/salud-gingival>

[www.blogsaludbucal.es/archive/2011/09/.../inflamación-gingival](http://www.blogsaludbucal.es/archive/2011/09/.../inflamación-gingival)

[www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101c](http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101c)

[www.misrespuestas.com/que-es-la-placa-dental.html](http://www.misrespuestas.com/que-es-la-placa-dental.html)

[higienebucodental03.blogspot.com/2009/04/calculo-dental.html](http://higienebucodental03.blogspot.com/2009/04/calculo-dental.html)

[www.ionzabalegui.com/...de-la.../encias-oscuras-melanosis-gingival](http://www.ionzabalegui.com/...de-la.../encias-oscuras-melanosis-gingival)

[www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm](http://www.geosalud.com/saluddental/halitosis.htm)

[www.elmundo.es](http://www.elmundo.es) › Salud › Medicina

[www.ionzabalegui.com/...de-la.../encias-oscuras-melanosis-gingival](http://www.ionzabalegui.com/...de-la.../encias-oscuras-melanosis-gingival)

[www.slideshare.net/mdaly21/enfermedades](http://www.slideshare.net/mdaly21/enfermedades)

[www.com/doc/27355415/Recesion-Gingival](http://www.com/doc/27355415/Recesion-Gingival)

[www.elcuerpo.es/gingivitis-inflamacion-hinchazon-y-sangrado-](http://www.elcuerpo.es/gingivitis-inflamacion-hinchazon-y-sangrado-)

[www.enciasana.cl/Reconocer\\_enciaenferma.htm](http://www.enciasana.cl/Reconocer_enciaenferma.htm)

[www.vademecum.com](http://www.vademecum.com)

**PROPUESTA  
ALTERNATIVA**

## **1. IDENTIFICACION DE LA PROPUESTA**

### **NOMBRE DE LA PROPUESTA**

“Medidas preventivas para una buena salud gingival dirigido a los pacientes de Neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda”

### **FECHA DE PRESENTACION**

JULIO DEL 2012

### **ENTIDAD EJECUTORA**

Área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda

### **CLASIFICACIÓN**

Tipo Social de Orden Educativo

### **LOCALIZACION GEOGRAFICA**

Área de neumología está dentro del Hospital Verdi Cevallos Balda en la parroquia 12 de marzo de la ciudad Portoviejo – Manabí

## **2. JUSTIFICACIÓN**

En vista de los resultados obtenidos en la investigación se observó que los pacientes del Área de Neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda tienen pocos conocimientos sobre la higiene bucal producida por la falta de cultura preventiva de la salud oral.

Esta propuesta beneficio de manera directa a los pacientes y de manera indirecta a los familiares ya que con los conocimientos que se les impartió podrán mejorar su salud oral y la de sus familiares.

### **3. MARCO INSTITUCIONAL**

El Hospital Verdi Cevallos Balda empezó a funcionar en el año 1884 en el primer piso de una casa de caña en lo que actualmente es la escuela Tiburcio Macías y apenas un sólo médico acompañado de cuatro mujeres atendían a los heridos bajo los ruidos de los fusiles y cañones. Para el año de 1908 el hospital pasa a llamarse Hospital Militar, pero en 1912 la historia da un nuevo giro cuando el Gobierno le quitó las tierras a la Iglesia y pasaron a manos de las Juntas de Beneficencia. Aquí el hospital pasa a funcionar en una casa por el sector de lo que ahora es el Puente San José o Rojo con el nombre de “Hospital General de Portoviejo” y se mantenía con la creación de un impuesto al aguardiente y del alquiler de las tierras de la Iglesia.

En 1914 el nombre vuelve a cambiar a “Hospital Civil” y con ello una remodelación que se inauguró con 40 camas, dos médicos, una enfermera y otros ayudantes. Con el pasar de los años se convirtió en una de las casas de salud más importantes del país y la estructura de ese entonces quedaba corta ante la demanda de pacientes que llegaban en busca de atención, ante esto la Junta de Beneficencia decide mudar el hospital hasta donde actualmente funciona la Dirección de Salud en la calle Rocafuerte en 1920. En este lugar funcionó hasta 1970 en que el hospital entró a operar donde ahora está ubicado.

El hospital fue dando importantes avances, de a poco se fueron creando más áreas y cada vez la demanda crecía hasta el punto que gente de otras lados llegaban en busca de atención. Además estudiantes de medicina de todas partes del país comenzaron a hacer sus prácticas en la casa de salud, esto aportó para que en 1976 sea denominado como hospital regional-docente por el ya creado en 1967 Ministerio de Salud.

Alfredo Cedeño, médico gastroenterólogo que se unió al hospital en 1984, comentó que el nombre de Verdi Cevallos Balda se oficializó en 1988, en honor a las aportaciones que este médico brindó. En 1997 el Verdi Cevallos pasa de regional-docente a provincial-docente. Según Cedeño sólo fue una nueva a dominación que le dio el MSP.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

- Mejorar la salud gingival de los pacientes de Neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Capacitar sobre técnicas de cepillados mediante charlas educativas a los pacientes, para mejorar la cultura preventiva de la salud gingival.
- Informar a los pacientes como mejorar su salud oral mediante una higiene oral adecuada.

## **5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**

Esta propuesta trata de impartir conocimientos de las medidas de prevención para tener una buena salud gingival a los pacientes de área de neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda ya que carecen de cultura de prevención, mediante la enseñanza de mejorar los hábitos de higiene oral, enfermedades gingivales ocasionadas por falta de prevención oral.

## **6. BENEFICIARIOS**

### **Beneficiarios Directos**

Son los pacientes del Área de Neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

### **Beneficiarios Indirectos**

Son los familiares de los pacientes del Área de Neumología del Hospital Verdi Cevallos Balda.

## **7. DISEÑO METODOLOGICO**

Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades:

- a) Socialización de los resultados de la investigación a las autoridades del Hospital Verdi Cevallos Balda.
- b) Elaboración de un cronograma de trabajo para la ejecución del proyecto.
- c) Elaboración del material educativo para los pacientes.
- d) Realización de la conferencia.

e) Entrega de trípticos educativos a los pacientes asistentes a la conferencia.

f) Entrega de banner al área de neumología del Hospital Verdi Cevallos

## 8. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA	JUNIO				JULIO			
	Cuarta semana				Primera semana			
	26	27	28	29	2	3	4	5
Elaboración del cronograma de trabajo	X	X						
Socialización con el director del hospital y con el departamento de neumología			X					
Elaboración del material de trabajo				X				
Diseño y elaboración de los trípticos					X	X		
Diseño y elaboración de los banner educativos					X	X		

Realización de la conferencia								X
Entrega de los trípticos								X
Entrega de los banner educativos								X

## 9. Presupuesto

ACTIVIDAD	RECURSOS	CANTIDAD	V. UNIT	V. TOTAL	FINANCIAR
Diseño trípticos	Diseñador gráfico	50 dolares	50 dolares	50 dolares	Autor
Elaboración de trípticos	Copias color	a 140	0,50 cent/ dólares	70 dolares	Autor

Diseño y elaboración del banner	Diseñador gráfico	1	30 dolares	30 dolares	Autor
Viáticos		1	50 dolares	50 dolares	Autor
Total		139	200 dolares	200 dolares	Autor

## 10. Sostenibilidad

Esta propuesta es sostenible porque se cuenta con el apoyo del Director del Hospital y del Doctor del área de Neumología, además se contó con la disponibilidad de los pacientes y los medios económicos necesarios.

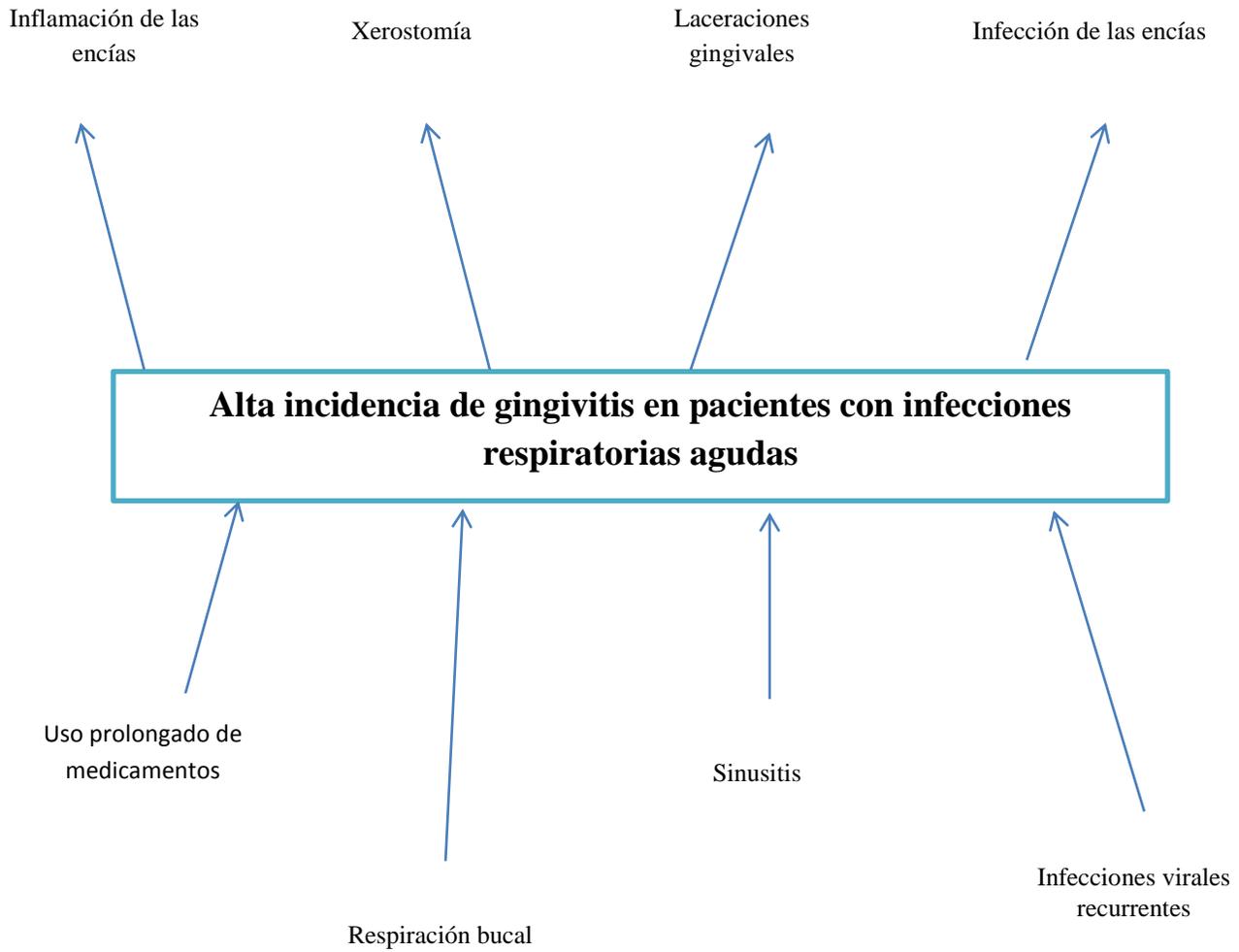
## 11. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada en su totalidad por el autor de la investigación.

**ANEXOS**

# ANEXO Nº 1

## ARBOL DE PROBLEMA



# ANEXOS Nº 1

## PRESUPUESTO

RUBROS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	AP.EXTERNO
COMPUTADORA	1	UNIDAD	1.250,00	1250,00	1250,00	
FOTOCOPIAS	2000	UNIDAD	0,03	60,00	60,00	
PAPEL	2	RESMA	4,50	9,00	9,00	
INTERNET	1000	MBPS	0,10	100,00	100,00	
TINTA NEGRO	2	TÓNER	37,00	74,00	74,00	
TINTA COLOR	2	TÓNER	41,00	82,00	82,00	
CD	4	UNIDAD	0,50	2,00	1,50	
RESALTADOR	1	UNIDAD	1,00	1,00	1,00	
CORRECTOR	1	UNIDAD	1,00	1,00	1,00	
LÁPIZ	100	UNIDAD	0,25	25,00	25,00	
BOLÍGRAFOS	2	UNIDAD	0,50	1,00	1,00	
CUADERNO	1	UNIDAD	2,90	2,90	2,90	
CARPETAS	5	UNIDAD	0,20	1,00	1,00	
TABLERO PORTA HOJA	1	UNIDAD	3,50	3,50	3,50	
PEN DRIVE	1	UNIDAD	10,00	10,00	10,00	
VIÁTICOS		DÓLAR		100,00	250,00	
GUANTES	3	CAJA	8,00	27,00	27,00	
BABEROS	150	UNIDAD	0,15	22,50	22,50	

PORTA BABEROS	2	UNIDAD	2,50	5,00	5,00	
MASCARILLAS	2	CAJA	4,00	8,00	8,00	
ANILLADOS	3	Unidad	2,00	6,00	6,00	
EMPASTADOS	4	Unidad	5,00	20,00	20,00	
LIBROS EN CDS.	16	KIT	20,00	320,00	320,00	
SUBTOTAL				2.129,60	2.129,60	
IMPREVISTOS		10%		129,06	129,06	
<b>TOTAL</b>				<b>2.257,66</b>	<b>2.257,66</b>	



## ANEXO N° 2

### FORMULARIO DE ENCUESTA

FACULTAD DE ODONTOLÒGIA

FORMULARIO DE ENCUESTA



Dirigido a los pacientes del área de Neumología del "Hospital Verdi Cevallos Balda"

TEMA: "INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y EL ESTADO CON LA SALUD GINGIVAL"

Autor: Leonardo Alejandro Navarrete Ávila

Conteste todas las preguntas planteadas, sin dejar ningún ítems en blanco caso contrario se anulará la respuesta.

Nombres y Apellidos:

Edad:

1.\_ CUÁL DE ESTOS MEDICAMENTOS UTILIZA USTED PARA SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS?

- ❖ a.\_ Naproxeno ( )
- ❖ b.\_ Nimesulide ( )
- ❖ c.\_ Paracetamol ( )
- ❖ d.\_ ninguna de las anteriores ( )
- ❖ e.\_ Otras ( )

2.\_ QUE TIEMPO TIENE USTED INGIRIENDO MEDICAMENTOS PARA SU PROBLEMA RESPIRATORIO?

- ❖ a.\_ 1 Semana ( )
- ❖ b.\_ 1 Mes ( )
- ❖ c.\_ 3 Meses ( )
- ❖ d.\_ 6 Meses ( )
- ❖ e.\_ 1 Año ( )

3.\_ PRESENTA USTED?

- ❖ a.\_ Tos seca ( )
- ❖ b.\_ Sinusitis ( )
- ❖ c.\_ Rinitis ( )

- ❖ d.\_ Asma ( )
- ❖ e.\_ Neumonía ( )

4.\_ FRECUENTEMENTE USRED RESPIRA POR LA BOCA?

- ❖ a.\_ Si ( )
- ❖ b.\_ No ( )

5.\_ SE DESPIERTA FRECUENTEMENTE CON LA BOCA SECA?

- ❖ a.\_ Siempre ( )
- ❖ b.\_ A veces ( )
- ❖ c.\_ Rara vez ( )
- ❖ d.\_ Nunca ( )

6.\_ CON QUÉ FRECUENCIA PRESENTA USTED PROBLEMAS RESPIRATORIOS AL AÑO?

- ❖ a.\_ Una vez ( )
- ❖ b.\_ 2 Veces ( )
- ❖ c.\_ 3 Veces ( )
- ❖ d.\_ O más ( )

7.\_ LE SANGRAN LAS ENCÍAS ESPONTÁNEAMENTE?

- ❖ a.\_ Siempre ( )
- ❖ b.\_ A veces ( )
- ❖ c.\_ Rara vez ( )
- ❖ d.\_ Nunca ( )

8.\_ PRESENTA MAL ALIENTO ?

- ❖ a.\_ Siempre ( )
- ❖ b.\_ A veces ( )
- ❖ c.\_ Rara vez ( )
- ❖ d.\_ Nunca ( )

9.\_ PRESENTA DOLOR EN DIENTES?

- ❖ a.\_ Siempre ( )
- ❖ b.\_ A veces ( )
- ❖ c.\_ Rara vez ( )



❖ d.\_ Nunca ( )

10.\_ PRESENTA DOLOR EN LAS ENCIAS?

❖ a.\_ Siempre ( )

❖ b.\_ A veces ( )

❖ c.\_ Rara vez ( )

❖ d.\_ Nunca ( )



## ANEXO N° 2

### FICHA DE OBSERVACION



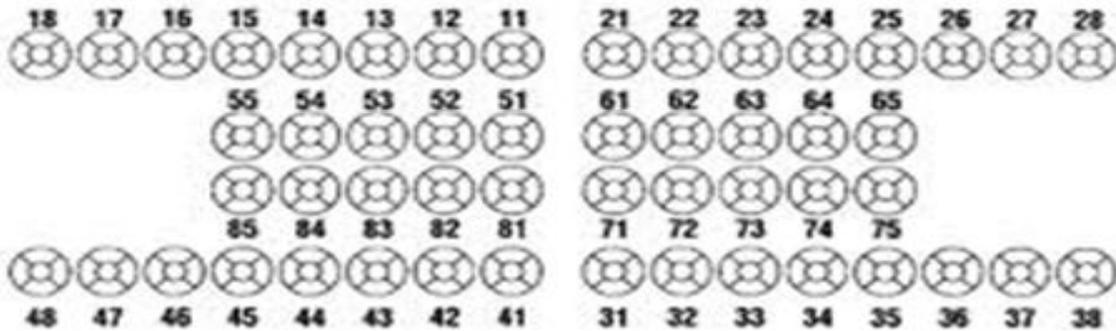
#### FICHA CLÍNICA

Ficha Clínica para determinar la incidencia de gingivitis en pacientes con infecciones respiratorias agudas

Nombres y Apellidos:

Edad:

Sexo:



PIEZA DENTALES			PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16	17	55			
11	21	51			
26	27	65			
36	37	75			
31	41	71			
46	47	85			
TOTALES					

HALLAZGOS CLINICOS	PATOLOGIAS	
	SI	NO
MANCHAS		
MOVILIDAD DENTARIA		
RECESION GINGIVAL		
SANGRADO DE ENCIA		
XXXXXXXXXXXXXX	X	X

## ANEXO N° 3

### REALIZACION DE ENCUESTAS



## REALIZACION DE FICHA DE OBSERVACION







UNIVERSIDAD  
SAN GREGORIO  
DE PORTOVIEJO

ODO- OF. N° 282 - 12  
Portoviejo, 15 de mayo de 2012

Sr. Dr.  
Julio González  
DIRECTOR HOSPITAL PROVINCIAL "VERDI CEVALLOS BALDA"  
Ciudad

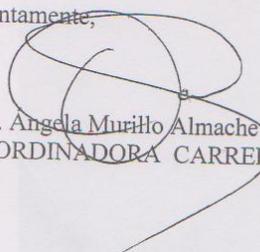
De mi consideración:

Por medio del presente, comunico a usted que el señor: Leonardo Alejandro Navarrete Avila, egresado de la Carrera de Odontología de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo, realizará su tesis previo a la obtención del título de Odontólogo, cuyo tema es: "Infecciones respiratorias agudas y su relación con el estado de la salud gingival".

El tema ha sido aprobado por el Consejo Académico de la Carrera, razón por la cual, solicitamos se brinde las facilidades respectivas para que el autor pueda recolectar la información respectiva, misma que permitirá encontrar datos importantes que servirán para la elaboración de una propuesta que solucionará los problemas encontrados.

Segura de contar con su colaboración, expreso mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,

  
Dra. Angela Murillo Almache  
COORDINADORA CARRERA ODONTOLOGIA



*Comunicación viable:  
Dra. Angela Murillo Almache  
- Delanta Lopez  
- Entes de la carrera  
- Rec e Murillo*

*Recibido  
17-05-2012  
Tara*



*Recibido  
18-05-12  
@*

*Recibido  
18-05-12  
Dra. Raquel García Carrión  
CLINICA  
Dpto. MSP-A-1116-100*

*Recibido -  
18. Mayo. 12.  
[Signature]*



UNIVERSIADAD  
**SAN GREGORIO**  
DE PORTOVIEJO

“Medidas de prevención para una buena salud gingival”



¿Cómo tener una buena salud gingival?



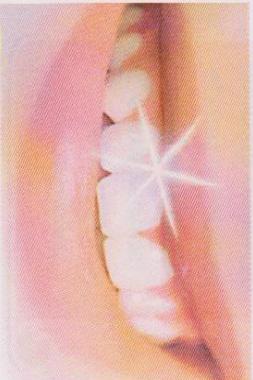
### Para mantener los dientes sanos:

- ↳ Lavar los dientes por lo menos dos veces al día, empleando cepillo suave y pasta dental con flúor.
- ↳ Es aconsejable el uso de hilo dental al menos una vez al día.
- ↳ Reforzar la higiene con el uso de antiséptico bucal que posea agente antibacteriano.
- ↳ No al tabaco.
- ↳ Visita al dentista periódicamente.



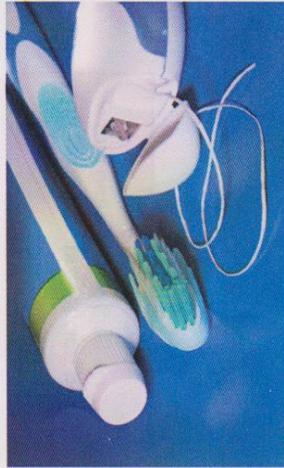
### Manteniendo sus dientes naturales podrá:

- ↳ Masticar con mayor comodidad y disfrutar de una mejor digestión.
- ↳ Tendrá una sonrisa sana, complemento natural de su imagen
- ↳ Y podrá hablar con mayor comodidad llevando prótesis dentales.



Autor:  
Leonardo Alejandro Navarrete Avila

La mejor manera de prevenir la Enfermedad Periodontal y la Caries dental, responsables de la pérdida dentaria, es el uso del cepillo de dientes, el hilo de seda o el cepillo interproximal y las visitas regulares al dentista.



La placa dental bacteriana es una película incolora y pegajosa que se forma constantemente entre los dientes,



### ¿Cómo cepillarse los dientes?

- Coloque el cepillo en un ángulo de 45 grados apoyándolo en la unión de encía y diente.
- Mueva con suavidad el cepillo varias veces con pequeños movimientos circulares y/o laterales
- Después de cepillar las superficies externas de todos sus dientes, haga lo mismo con la cara interna de los dientes posteriores.
- Para limpiar las superficies internas de los dientes anteriores, tanto superiores como inferiores, coloque el cepillo en posición vertical. Para limpiar las superficies de masticación, realice pequeños movimientos circulares



Tengamos en cuenta que sólo teniendo las piezas dentarias en buen estado, se puede tener una bella sonrisa y una eficiente masticación.

La principal responsable de la enfermedad periodontal y de la aparición de caries es la placa bacteriana