



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de Grado.

Previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tema.

Gingivitis y factores de riesgo en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo entre los meses de noviembre 2014 y febrero del año 2015.

Autora.

María Janeth Pazmiño Delgado.

Director de tesis:

Od. Jorge Luis Mendoza Robles.

Cantón de Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

En mi calidad de Director de la tesis de Grado: Gingivitis y factores de riesgo en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo entre los meses de noviembre 2014 y febrero del año 2015 realizado por la egresada María Janeth Pazmiño Delgado. Me permito manifestar que dicho trabajo de investigación cumple con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontóloga, bajo mi dirección y supervisión, la misma que se encuentra concluida en su totalidad.

Od. Jorge Luis Mendoza Robles.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Los miembros del tribunal examinador de la tesis titulada: Gingivitis y factores de riesgo en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo entre los meses de noviembre 2014 y febrero del año 2015, desarrollada por la egresada María Janeth Pazmiño Delgado, ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, previo a la obtención del título de Odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Sp.

Directora de la carrera.

Od. Jorge Luis Mendoza Robles

Director de tesis.

Dra. Alexandra Valarezo Chumo

Miembro del tribunal

Dra. Nelly San Andrés Plua

Miembro del tribunal

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

El desarrollo del presente trabajo investigativo es producto del esfuerzo y dedicación de su autora, por lo que asumo la responsabilidad que la ley señala para el efecto. Además, cedo mi derecho de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Janeth Pazmiño Delgado.

AGRADECIMIENTO.

Quiero agradecer con todo mi corazón y en especial a mi papi Alfonso porque gracias a el pude realizar mis estudios universitarios. A mi mami Natacha que siempre dejando a un lado sus obligaciones estuvo acompañándome en todo momento.

A mi amiga aurita que siempre muy atenta estaba dispuesta a ayudarme. A todo el equipo que forman parte del asilo “Guillermina Llor” por abrirme las puertas y ayudarme con toda información que necesitaba siendo siempre todos muy atentos y colaboradores.

Maria Janeth Pazmiño Delgado.

DEDICATORIA.

Quiero dedicar esta tesis principalmente a Dios por darme la bendición de permitirme llegar hasta donde estoy por caminar de la mano junto a mí y no dejarme caer en los momentos más difíciles y de temor. A mis queridos padres Alfonso y Natacha que con todo su amor siempre estuvieron ahí guiándome, aconsejándome y sobre todo apoyándome en los momentos que más los necesité dándome las ganas para salir adelante .

A mis hermanos Emilio José y maría Natasha que por ser mis hermanos menores me dieron la fuerza para seguir adelante, porque quería ser un buen ejemplo para ellos. A mi abuelito Stalin que aunque no esté presente, sé que si estuviera con vida fuera el más orgulloso.

A mi enamorado Roberto que con todo su amor tuvo mucha paciencia escuchándome y ayudándome teniendo siempre las palabras precisas que definitivamente me hacían sentir mejor y grande. A toda mi familia abuelita, tíos, primos por el apoyo y estar siempre conmigo en todos los momentos de mi vida.

Maria Janeth Pazmiño Delgado.

RESUMEN.

Este estudio tiene como objetivo determinar , el tipo de gingivitis y los factores de riesgo en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor”, En esta investigación se incluyeron 46 pacientes con enfermedad gingival de un total de 75 pacientes que se encontraban asilados, la modalidad de estudio fue observacional descriptivo de corte transversal, se realizó exámenes en la cavidad bucal y los resultados se obtuvieron de las fichas de observación odontológica creadas para el efecto basadas en el índice gingival de Loes y Silness, se utilizó además el índice de higiene oral simplificado y matriz de hallazgos clínicos de la encía, con estos instrumentos se pudo determinar que la gingivitis severa era muy frecuente en estos grupos, que la edad no representa riesgo para ningún tipo de gingivitis y que las enfermedades de riesgo más frecuentes fueron la hipertensión y la higiene oral regular. Se recomienda capacitar al personal que labora con este grupo de personas y también que se realicen campañas de intervención odontológicas para los asilados.

Palabras Claves: Gingivitis, higiene bucal, factores de riesgo, asilados, índice gingival

ABSTRACT.

This study aims to determine the type of gingivitis and risk factors in elderly geriatric center "Guillermina Loo". This research included 46 patients with gum disease from a total of 75 patients who were refugees. The study is descriptive observational cross-sectional examination was performed in the oral cavity and the results were obtained from the records of dental observation created for the effect based on the gingival index Loes and Silness, was also used index simplified oral hygiene and clinical findings matrix gum, these instruments could be determined that severe gingivitis was very common in these groups, that age does not present a risk for any disease gingivitis and most frequent risk were hypertension and regular oral hygiene. To train personnel working with this group of people and also dental intervention campaigns are conducted.

Keywords: gingivitis, oral hygiene, risk factors, asylees, gingival index

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación de director de tesis.....	II
Certificación de tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1. Problematización.....	3
1.1. Tema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.3.1. Pregunta de investigación.....	4
1.4. Delimitación de la investigación.....	5
1.4.1. Delimitación espacial.....	5
1.4.2. Delimitación temporal.....	5
1.5. Justificación.....	5
1.6. Objetivo.....	7
1.6.2. Objetivo general.....	7
1.6.2. Objetivos específicos.....	7
Capítulo II	

2.	Marco Conceptual.....	8
2.1.	Categorías fundamentales.....	8
2.2.	Tejidos de soporte del diente.....	8
	Periodonto.....	8
2.2.1.	Encía.....	9
	Correlación entre las características clínicas y macroscópica.....	11
	Color.....	11
	Forma.....	11
	Contorno.....	12
	Textura.....	12
	Tamaño.....	12
	Consistencia.....	13
	Sangrado.....	14
2.2.2.	Ligamento periodontal.....	14
2.2.3.	Cemento radicular.....	15
2.2.4.	Hueso alveolar.....	16
2.3.	Gingivitis.....	17
2.4.	Etiología.....	19
2.5.	Manifestaciones de la gingivitis.....	20
	Alteraciones del aspecto gingival.....	20
	Índice de alteraciones gingival.....	20
	Recesión gingival.....	22
2.6.	Epidemiología.....	23
2.7.	Factores que intervienen en la gingivitis.....	23
	Factores que influyen en la salud oral del adulto mayor.....	24

Presencia de 1 o más enfermedades sistema de base.....	26
Diabetes mellitus.....	26
Hipertensión.....	27
Artritis.....	28
Gastritis.....	30
Terapia farmacológica variada con frecuencia (larga duración).....	30
2.8. Clasificación de gingivitis.....	31
Gingivitis inducida por placa.....	31
Gingivitis asociada a factores locales en un periodonto sano.....	31
Medicamentos.....	32
Gingivitis en situaciones especiales.....	32
Gingivitis no inducida por placa dental.....	33
Gingivitis modificada por factores endocrinos.....	33
2.9. Índice gingival.....	33
Índice de alteración del aspecto gingival.....	34
Índice gingival de Loe silness.....	34
2.10. Higiene Bucal.....	34
Índice de higiene bucal.....	35
2.11. Placa bacteriana.....	36
2.11.1. Registro de la placa bacteriana	37
2.11.2. Medidas de la placa bacteriana	37
2.11.3. Formación de la placa bacteriana.....	38
2.12. Calculo dentario.....	38
2.12.1. Calculo supragingival.....	38
2.12.2. Calculo subgingival.....	39

2.2. Unidades de observación y análisis.....	39
2.3. Variables.....	40
2.3.1. Variable dependiente.....	40
2.3.2. Variable independiente.....	40
2.4. Matriz operacional de las variables.....	40
Capítulo III.	
3. Marco Metodológico.....	41
3.1. Modalidad de la investigación.....	41
3.2. Nivel o tipo de investigación.....	41
3.3. Método.....	41
3.4. Técnica.....	42
3.5. Instrumentos.....	42
3.6. Recursos.....	42
3.6.1. Humanos.....	42
3.6.2. Materiales.....	42
3.6.3. Tecnológicos.....	43
3.6.4. Económicos.....	43
3.7. Población y muestra.....	43
3.7.1. Criterio de inclusión.....	43
3.7.2. Criterio de exclusión.....	43
3.8. Recolección de la información.....	43
3.9. Procesamiento de la información.....	44
3.10. Ética.....	44
Capítulo IV.	
4. Análisis e Interpretación de los Resultados.....	45

5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	79
5.1.	Conclusiones.....	79
5.2.	Recomendaciones.....	80
Capítulo VI.		
6.	Propuesta.....	81
6.1.	Datos informativos.....	81
6.1.1.	Titulación de la propuesta.....	81
6.1.2.	Periodo de ejecución.....	81
6.1.3.	Descripción de los beneficiarios.....	81
6.1.4.	Ubicación sectorial y física.....	82
6.2.	Introducción.....	82
6.3.	Justificación.....	82
6.4.	Objetivos.....	83
6.4.	Objetivo general.....	83
6.4.	Objetivos específicos.....	83
6.5.	Fundamentación teórica.....	83
6.6.	Actividades.....	84
6.7.	Recursos.....	84
6.7.1.	Humanos.....	84
6.7.2.	Técnicos.....	84
6.7.3.	Materiales.....	84
6.7.4.	Financieros.....	84
6.8.	Presupuesto.....	85
	Bibliografía.....	86
	Anexos.....	92

Índice de los cuadros y gráficos.

Cuadro y gráfico 1.	
Distribución porcentual de población según Sexo.....	45
Análisis e interpretación.....	46
Cuadro y gráfico 2.	
Distribución porcentual de Población según la edad.....	47
Análisis e interpretación.....	48
Cuadro y gráfico 3.	
Distribución del total de pacientes con piezas dentarias y edentulos.....	49
Análisis e interpretación.....	50
Cuadro y gráfico 4.	
Distribución del total de pacientes con o sin gingivitis.....	51
Análisis e interpretación.....	52
Cuadro y gráfico 5.	
Distribución del total de pacientes con gingivitis con prótesis dental.....	53
Análisis e interpretación.....	54
Cuadro y gráfico 6.	
Distribución de Total de la matriz de adaptación de la prótesis.....	56
Análisis e interpretación.....	57

Cuadro y gráfico 7.	
Hallazgos clínicos de la encía: color.....	58
Análisis e interpretación.....	59
Cuadro y gráfico 8.	
Hallazgo clínico de la encía según contorno.....	60
Análisis e interpretación.....	61
Cuadro y gráfico 9.	
Hallazgos clínicos de la encía: consistencia.....	62
Análisis e interpretación.....	63
Cuadro y gráfico 10.	
Hallazgos clínicos de la encía: textura.....	64
Análisis e interpretación.....	65
Cuadro y gráfico 11.	
Hallazgos clínicos de la encía: tamaño.....	66
Análisis e interpretación.....	67
Cuadro y gráfico 12.	
Hallazgos clínicos de la encía: sangrado.....	68
Análisis e interpretación.....	69

Cuadro y gráfico 13.	
Tipo de gingivitis.....	70
Análisis e interpretación.....	71
Cuadro y gráfico 14.	
Tipo de gingivitis Según grupo etario.....	72
Análisis e interpretación.....	73
Cuadro y gráfico 15.	
Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis por higiene bucal.....	75
Análisis e interpretación.....	76
Cuadro y gráfico 16.	
Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis por factores de riesgo....	77
Análisis e interpretación.....	78

INTRODUCCIÓN.

Analizando la obra de Bordoni et al.¹ (2009) se pudo citar que: “La prevalencia severidad y extensión de la gingivitis fluctúa a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo del individuo. Varios estudios señalan que la prevalencia y extensión de la gingivitis se incrementa con la edad”. (p. 432).

Consultando la información disponible del artículo Medline plus² (2014) se pudo conocer que:

Los siguientes factores aumentan el riesgo de padecer gingivitis:
Ciertas infecciones y enfermedades en todo el cuerpo (sistémicas), Mala higiene dental, Embarazo (los cambios hormonales aumentan la sensibilidad de las encías), Diabetes no controlada, Los dientes mal alineados, los bordes ásperos de las obturaciones y la aparatología oral mal colocada o contaminada (como correctores dentales, prótesis, puentes y coronas), El uso de ciertos medicamentos como fenitoína, bismuto y algunas píldoras anticonceptivas. Muchas personas tienen algún grado de gingivitis. Ésta generalmente aparece durante la pubertad o durante las primeras etapas de la edad adulta, debido a los cambios hormonales. Puede persistir o reaparecer con frecuencia, según la salud de sus dientes y encías. (párr. 3).

Consultando la información disponible la revista Dental Management of Olders Medically Compromised Patients³ (2002) se pudo conocer que:

Los adultos mayores presentan una alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal, causándoles frecuentemente, la pérdida de los dientes. Las piezas dentarias remanentes presentan desgastes por atrición, abrasión, erosión y han sufrido desplazamientos por pérdida de los puntos de contacto debido a la falta de dientes vecinos y antagonistas. También es frecuente observar en los adultos mayores un deterioro de la higiene oral, ya sea por cambios en los hábitos alimenticios, por alteraciones psicomotoras o por falta de instrucción sobre la

¹Bordoni et al. (2010). Odontología Pediátrica: La Salud Bucal del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual. (1 ed.) República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

²Medline plus. (2014). Gingivitis. [En línea]. Consultado: [07, junio, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>

³Pavez, Violeta y Quintana, Monica. (2002). Manejo Odontológico de Pacientes Ancianos con Riesgo Sistémico. [En línea]. Consultado: [07, junio, 2014]. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202003/PDFs_agosto_2003/Manejo%20Odontologico...%20.pdf

mantención de los aparatos protésicos. Muchas veces se requiere el uso de agentes químicos antiplaca bacteriana, como clorhexidina o triclosan y citrato de zinc, para reducir el número de microorganismos en contacto con los dientes y fundamentalmente, mejorar la higiene oral. Además, es recomendable ordenar los hábitos alimenticios (p. 2).

La investigación consta de la parte teórica que es la parte bibliográfica en la cual se usó libros, revistas científicas, páginas web para la elaboración del contenido del marco conceptual.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Gingivitis y factores de riesgo en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo entre los meses de noviembre 2014 y febrero del año 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cómo se comporta la gingivitis en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo entre los meses de noviembre del año 2014 y febrero del año 2015?

1.3. Planteamiento del problema.

Investigando la obra de Camargo y Guzman⁴ (2007) se puede conocer que:

En estados unidos se llevó a cabo entre 1988 y 1994 el third National health and nutrition examination survey, el cual evaluó 9.689 entre 30 y 90 años albandar y kingman reportan en un nuevo análisis a partir de los datos del NHANES III, que en Estados Unidos la prevalencia de sangrado en adultos mayores de 30 años es el 50.3% y de3 cálculos del 91.8%. Un estudio realizado en Francia en 1963 en adultos de 35 a 44 años reporta una prevalencia del 80.4%. Otro realizado en Suecia en 1995 estableció una prevalencia de gingivitis en adultos mayores de 31 a 40 años del 56.2%. Se puede entonces concluir, que la prevalencia de gingivitis a nivel mundial presentan grandes variaciones según la población evaluada, la región del mundo y las condiciones socioeconómicas. (p. 103).

⁴Camargo, María y Guzmán, Mauricio. (2007). Periodoncia: fundamentos de la Odontología. (2ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Consultando la información disponible de la revista scielo⁵ (2010) se concluye que:

Chile está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de su población. Según los datos del último Censo, se proyecta que para el año 2025 la población de adultos mayores alcanzará un 16%, con un total de 3.000.000 de personas mayores de 60 años. Debido a este rápido incremento es que la organización y atención en salud -para este grupo poblacional- toma cada vez más relevancia.

Los adultos mayores son el grupo con mayor morbilidad bucal. El periodonto en los adultos mayores refleja los cambios relacionados con la edad y la acumulación de experiencia de enfermedad y traumas en el tiempo, demostrándose que la edad produce ciertos cambios fisiológicos en el periodonto, aunque estos cambios por sí solos no son responsables de la destrucción periodontal. A su vez influyen adversamente muchos factores como son las enfermedades crónicas, factores bucales y medicamentos. (párr. 3 y 4).

En cuanto a lo que en Ecuador se refiere, consultando la información de un estudio de grado realizado por Barreno⁶ (2011) se puede citar que:

Los estudios realizados por el ministerio de salud demuestran una realidad sumamente compleja ya que el 98% de población ecuatoriana presenta placa bacteriana, el 23,2% tiene cálculo dental, el 38,7% tiene gingivitis y un 82,3% presenta sangrado en las encías. (p. 21).

1.3.1. Pregunta de investigación.

¿Existirá gingivitis en los ancianos del Centro Gerontológico Guillermina Loor de Moreno de la ciudad de Portoviejo?

¿Cuáles son las características comunes en los ancianos que presentan gingivitis?

⁵Rojas et al. (2010). Estado periodontal y necesidad de tratamiento en pacientes GES 60 años de Villa Alemana. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072010000200005&script=sci_arttext

⁶Barreno, Jeanet. (2011). Proyecto Educativo para Promover la Higiene Buco-Dental en los Niños de la Escuela Fiscal Mixta 17 de Julio de la comunidad Miguicho Adentro, cantón Santa Ana, provincia de Manabí.. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/2040/1/104T0003x.pdf>

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: salud.

Área: odontología.

Aspecto: enfermedad periodontal (gingivitis).

1.4.1. Delimitación espacial.

La presente investigación se realizó en el Centro Gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí.

1.4.2. Delimitación temporal.

El tiempo establecido en el que se realizó esta investigación fue entre los meses de noviembre del año 2014 y febrero del año 2015.

1.5. Justificación.

Las enfermedades periodontales se encuentran entre las patologías dentales más comunes en los adultos de distintos países, principalmente porque abarcan una gama muy amplia de síntomas que van desde inflamación de las encías hasta lesionar severamente los tejidos blandos y los huesos que sostienen al diente. Además de considerar que un alto porcentaje de la población adulta en general padece de enfermedades generales como la diabetes mellitus e hipertensión; factores de riesgo que influyen en la incidencia de la gingivitis.

Ante estas circunstancias, surge una incuestionable necesidad de realizar una investigación odontológica a este sector de la sociedad en nuestro medio con la

finalidad de resolver tales inquietudes vinculada a la presencia de la gingivitis, y los factores de riesgo predominantes a los adultos mayores.

Beneficiando directamente a los adultos mayores del Centro Gerontológico que presentan gingivitis. Todos estos resultados aportaran institucionalmente al desarrollo de futuros planes de atención odontológica especializada acorde a sus necesidades. Desde una óptica personal, la presente investigación le brinda al autor conocimientos en lo referente al uso de herramientas de investigación y revisión documental, así como las referidas a la ciencia de la salud pretendiendo, además, aportar soluciones al problema y así poder mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La investigación fue factible, pues en el Centro Gerontológico se encontró la muestra necesaria para poder realizar la investigación en los ancianos residentes y además contamos con los recursos humanos y materiales necesarios para examinar, diagnosticar y catalogar los resultados de la investigación.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Determinar tipos de gingivitis y factores de riesgo en ancianos del Centro Gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo entre los meses de noviembre del año 2014 y febrero del año 2015.

1.6.2. Objetivos específicos.

-Determinar el estado gingival de los asilados con gingivitis en el centro gerontológico “Guillermina Loor”.

-Identificar los tipos de gingivitis por grupo etario en los asilados del centro gerontológico.

-Identificar los factores de riesgo relacionados con la gingivitis en ancianos del Centro Gerontológico “Guillermina Loor”.

CAPÍTULO II.

2. Marco teórico conceptual.

2.1. Categorías fundamentales.

2.2. Tejidos de soporte del diente.

Periodonto.

Analizando la obra de Zerón⁷ (2003) se puede citar que:

Los elementos que rodean a todos y cada uno de los dientes en conjunto recibe el nombre de periodonto. El periodonto es la parte vital de cada diente, ya que gracias a este soporte el diente se mantiene en la boca para cumplir sus funciones principales, como la masticación. (p. 23).

Examinando la obra de Villafranca, et al.⁸ (2005) se pudo referenciar que:

Se define como la unidad anatómica compuesta por todos aquellos tejidos y estructuras que protegen y dan soporte a la raíz dentaria. Está constituido por las siguientes partes: encía (periodonto de protección), ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento (periodonto de inserción. (p. 36).

Estudiando la obra de Bascones⁹(2009) se puede conocer que: “Los tejidos periodontales, además de proporcionar inserción del diente al alveolo, soportan las fuerzas generadas por la masticación, fonación y deglución”. (p. 49).

Considerando la obra de Lindhe¹⁰ (2009) se cita que:

El periodonto llamado “aparato de inserción” o “tejido de sostén de los dientes”, constituye una unidad de desarrollo, biológica y funcional, que experimenta determinados cambios con la edad y que además está sometida a

⁷Zerón, Agustín. (2003). Como Conservar sus Dientes y Encías toda la Vida: Odontología para Pacientes. (1ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Publicaciones y Fomento Editorial.

⁸Villafranca, Carlos, et al. (2005). Manual Técnico Superior en Higiene Bucodental. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Mad S.L.

⁹Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Barcelona, Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

¹⁰Lindhe, Jan. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana S.A.

modificaciones morfológicas relacionadas con alteraciones funcionales y del medioambiente bucal. (p. 3).

2.2.1. Encía.

Observando la obra de Rossi y Cuniberti¹¹ (2004) refieren que:

En la encía normal la papila llena el espacio proximal y el margen termina en forma de bisel o de filo de cuchillo. Un aspecto superficial opaco, el graneado característico de la encía insertada y el aspecto liso en la encía marginal. La encía insertada es firme y resistente, y está sólidamente unida al periostio del hueso alveolar.

Su ancho varía según las diferentes zonas de la boca y sus dimensiones pueden cambiar en el curso de la vida. La presencia de una adecuada banda de encía insertada actúa como una barrera efectiva frente a los traumatismos de la masticación.

La encía inflamada, es la inflamación crónica la transforma en una encía de color rojo, lisa, blanda y brillante, las papilas se muestran aumentadas de tamaño y además desaparece el graneado de la encía insertada. (p. 6).

Comparando la obra de Zerón¹² (2003) se puede citar que:

La Encía es un tejido de color rosado pálido que se observa a simple vista rodeando el cuello de todos los dientes, así como también cubriendo el hueso y los tejidos finos que propiamente soportan a cada diente; estos tejidos están unidos con firmeza rodeando por completo la raíz. (p. 23).

Investigando la obra de Gómez y Campos¹³ (2009) se puede conocer que: “La encía es la parte de la mucosa bucal masticatoria que tapiza los procesos o rebordes alveolares y rodea el cuello de los dientes a los cuales se adhiere a través de la unión dentogingival”. (p. 334).

¹¹Rossi, Horacio y Cuniberti de Rossi, Nélica. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

¹²Zerón, Agustín. (2003). Como Conservar sus Dientes y Encías toda la Vida: Odontología para Pacientes. (1ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Publicaciones y Fomento Editorial.

¹³Gómez, Elsa y Campos, Antonio. (2009). Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana S.A.

Razonando la obra de Eley, Soory y Manson¹⁴ (2010) se puede referenciar que:

Es la parte de la mucosa bucal que rodea al diente y cubre al hueso alveolar, forma parte de los tejidos periodontal, y al formar una conexión con el diente a través del surco gingival protege a los tejidos de soporte subyacentes frente al entorno bucal. Puesto que dependen de los dientes, cuando estos se extraen la encía desaparece. Los tejidos bucales están expuestos a un amplio número de estímulos. La temperatura y la consistencia de alimentos y bebidas, su composición química, acidez y alcalinidad varían considerablemente.

Existe un gran número de especies bacterianas en la boca y su variedad no se conoce con exactitud. La encía sana es rosa, firme, de márgenes finos y con una forma festoneada que le permite ajustarse al contorno de los dientes, su color puede variar según la cantidad de pigmentación por melanina en el epitelio, el grado de queratinización del mismo y la vascularización y naturaleza fibrosa del tejido conjuntivo adyacente.

La Encía Marginal.

La encía marginal: forma un manguito de 1 a 2 mm de ancho alrededor del cuello del diente y es la pared externa del surco gingival, de 0-2 mm. De profundidad la encía marginal puede separarse del diente mediante la manipulación cuidadosa con una sonda roma. Entre los dientes la encía forma una papila en forma de cono, cuya superficie labial a menudo esta indentada por una hendidura.

La papila llena el espacio interdental apical al punto de contacto y su forma vestibulolingual se ajusta la curvatura de la unión cemento- esmalte para formar el cono interdental. La superficie de la encía marginal es lisa a diferencia de la encía insertada de la que queda delimitada por una indentación llamada surco gingival libre.

La Encía Insertada.

La encía insertada: Se extiende desde el surco gingival hasta la unión mucogingival donde se encuentra con la mucosa alveolar. La encía insertada es un mucoperiostio finamente unido al hueso alveolar adyacente. El mucoperiostio se divide en la unión mucogingival, de forma que la mucosa alveolar se separa del periostio por un tejido conjuntivo laxo y muy vascularizado por lo tanto, la mucosa alveolar es un tejido relativamente laxo y móvil de color rojo oscuro en marcado contraste con el rosa pálido de la encía insertada, la superficie de la encía insertada es punteada como piel de naranja, este punteado varía considerablemente, la encía insertada puede medir entre 0 y 9 mm de anchura. (pp. 1 y 2).

¹⁴Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

Correlación entre las características clínicas y microscópicas.

Color.

Analizado la obra de Bascones¹⁵ (2010) se puede citar que:

Color, se altera inicialmente en la patología gingival y periodontal. En condiciones normales es rosado coral, en función del aporte vascular.

Es más rojo cuando la vascularización aumenta o disminuye la queratinización o el grosor del epitelio. Toda la inflamación crónica aumenta color rojizo que puede variar a un rojo azulado. El tono azulado se debe a la estasis venosa. (pp. 337 y 338).

Examinando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza¹⁶ (2010) se puede conocer que:

El color de la encía insertada y marginal suele describirse como “rosa coral” y es producido por un suministro vascular, el grosor y el grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos.

El color varía entre diferentes personas y parece estar correlacionado con la pigmentación cutánea. Es más claro en personas rubias de tez clara que en individuos trigueños con cabello oscuro. La mucosa alveolar es roja uniforme y brillante, en lugar de rosa y granulada. (p. 61).

Estudiando la obra de Morales¹⁷ (2007) se puede referenciar que: “presenta un color pálido el cual puede variar dependiendo de la cantidad de melanina, aporte sanguíneo, espesor del tejido y grado de queratinización”. (p. 89).

Forma.

Considerando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza¹⁸ (2010) se puede citar que: “forma: por tanto, en la región anterior de la dentadura, la papila interdental

¹⁵Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

¹⁶Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

¹⁷Morales, Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriátrica y Gerontología: Tomo III. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial EUNED.

¹⁸Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

tiene forma piramidal, mientras que la papila está más aplanada en una dirección bucolingual en la región molar”. (p. 62).

Contorno.

Observando la obra de Lindhe¹⁹ (2009) se puede referenciar que:

Contorno: festoneado que rodea la pieza. La papila gingival llena los espacios interdentario mientras que el margen gingival termina en filo de cuchillo bordeando la pieza dentaria, gingivitis, edema del margen gingival se pierde el filo de cuchillo y la adaptación a la pieza dentaria; la papila toma forma bulbosa lo cual minimiza el festoneado tisular. (p. 406).

Textura.

Comparando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza²⁰ (2010) se puede conocer que: “La superficie de la encía presenta una textura similar a la de la cascara de naranja, a la que se la conoce como graneada. La porción central de las papilas interdentales suele ser graneada, pero los bordes marginales son lisos”. (p. 62).

Tamaño.

investigando la obra de Zerón²¹ (2003) se puede referenciar que: “Cuando falta o esta agrandada la papila se debe sospechar también alguna enfermedad, más aun si se observa sangrado, sobre todo al cepillarnos los dientes”. (p. 25).

Razonando la obra de Bascones²² (2010) se puede citar que: “el tamaño, puede cubrir parte o toda la corona del diente, creando bolsas falsas o relativas. Es frecuente ver

¹⁹Lindhe, Jan. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica: tomo II. (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

²⁰Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

²¹Zerón, Agustín. (2003). Como Conservar sus Dientes y Encías toda la Vida: Odontología para Pacientes. (1ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Publicaciones y Fomento Editorial.

esta hipertrofia gingival en las enfermedades gingivales y periodontales y en enfermos que toman hidantoinas”. (p. 338).

Analizando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza²³ (2010) se puede conocer que: “el tamaño de la encía corresponde a la suma total de masa de elementos celulares e intercelulares y a su ministro vascular. La modificación en el tamaño es una característica común de la enfermedad gingival”. (p. 62).

Consistencia.

Examinando la obra de Lindhe²⁴ (2009) se puede referenciar que: “La consistencia de la encía normal es firme y resistente, gingivitis el tejido es blando y exhibe edema irregular”. (p. 406).

Estudiando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza²⁵ (2010) se puede citar que: “La Consistencia: la encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, y esta insertada con firmeza en el hueso”. (p. 62).

Considerando la obra de Bascones²⁶ (2009) se puede conocer que: “La consistencia, que en condiciones normales es firme y su textura es punteada. La presencia de inflamación (edema) de una encía blanda y depresible con pérdida del punteado característico (textura brillante o rugosa)”. (p. 338).

²²Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3 Ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

²³Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

²⁴Lindhe, Jan. (2009). Periodontología clínica e Implantología Odontológica: tomo II. (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

²⁵Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

²⁶Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

Observando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza²⁷ (2010) se puede referenciar que: “La Consistencia: la encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, y esta insertada con firmeza en el hueso”. (p. 62).

Sangrado.

Comparando la obra de Eley, Soory y Manson²⁸ (2012) se puede citar que:

Sangrado gingival. El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes.

Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suelen atribuirle importancia e incluso lo consideran normal; sin embargo, a menos que el sangrado siga claramente a un episodio de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología.

Es más frecuente al cepillarse los dientes. El sangrado puede estar causado por consumir alimentos duros, manzanas, tostadas, etc., así como por el sondaje del surco gingival o bolsa durante la exploración periodontal.

El sangrado es el sondaje, se ha utilizado como signo de actividad de la enfermedad, pero como ya se ha dicho no es un indicador fiable de la actividad de la patología, y puede constituir el resultado de un examen no juicioso.

Cuando las encías son extremadamente finas y blandas, el sangrado puede aparecer de modo espontáneo. El paciente percibe el sabor de la sangre, que también se puede notar en olor del aliento.

Si la respuesta del tejido es de sobrecrecimiento fibroso, no existe sangrado ni incluso con un cepillado de dientes fuerte. (p. 163).

Investigando la obra de Lindhe²⁹ (2009) se puede conocer que “sangrado encía normal negativo, gingivitis positivo”. (p. 406).

2.2.2. Ligamento periodontal.

Razonando la obra del autor Welsch³⁰ (2010) se puede referenciar que:

²⁷Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

²⁸Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

²⁹Lindhe, Jan. (2009). Periodontología clínica e Implantología Odontológica: tomo II. (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

³⁰Welsch Ulrich. (2010). Histología. (2ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

El ligamento periodontal ocupa el espacio periodontico (0.15 – 0.2 mm de ancho) y allí forma dos compartimientos. Uno está compuesto por haces de fibras colágenas muy juntas (fibras de Sharpey) entre las cuales transcurren algunas fibras elásticas finas y fibras de oxitalán.

El otro compartimiento consiste en un tejido conjuntivo laxo. Allí hay fibrocitos, cementoblastos, células osteoprogenitoras, osteoblastos y osteoclastos así como vasos sanguíneos y nervios autónomos sensitivos. (p. 350).

Analizando la obra de Eley, Soory y Manson³¹ (2012) se puede citar que: “un ligamento periodontal es una unión que suele juntar dos huesos. La raíz del diente está conectada con su alveolo en el hueso alveolar por un tejido conjuntivo denso y fibroso que puede considerarse como un ligamento”. (p. 5).

Examinando la obra del autor Carranza y Sznajder³² (1986) se puede conocer que: “Es el tejido fibroso que une diente y hueso, y que en la radiografía se ve como un espacio radiolúcido alrededor de la raíz del diente”. (p. 7).

Estudiando la obra de Barrancos y Barrancos³³ (2006) se puede referenciar que: “entre el hueso y el diente existe un tejido altamente especializado constituido sobre todo por fibras, que se denomina ligamento periodontal”. (p. 396).

2.2.3. Cemento radicular.

Considerando la obra de Barrancos y Barrancos³⁴ (2006) se puede citar que: “El cemento dental es un tejido mineralizado especializado que recubre las superficies radiculares y ocasionalmente, pequeñas porciones de las coronas dentarias”. (p. 42).

³¹Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

³²Carranza, Ferrin y Sznajder, Norma. (1986). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

³³Barrancos, Julio y Barrancos, Patricio. (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. (4ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Observando la obra de Eley, Soory y Manson³⁵ (2012) se puede conocer que:

Es el tejido conjuntivo calcificado que cubre la dentina de la raíz y en el que se insertan los haces de fibras del ligamento periodontal. Puede considerarse como un hueso de anclaje y es el único tejido dental específico del periodonto. (p. 9).

Comparando la obra de Torrent³⁶ (2011) se puede referenciar que: “El cemento producido por los cementoblastos es un tejido mineralizado especializado no uniforme que cubre la superficie radicular de los dientes”. (p. 563).

Investigando la obra de Harfin³⁷ (2006) se puede citar que: “El cemento es un tejido duro dentario que sirve como anclaje para las fibras del ligamento periodontal, que se extienden entre él y el hueso alveolar”. (p. 3).

2.2.4. Hueso alveolar.

Razonando la obra de Eley, Soory y Manson³⁸ (2012) se puede conocer que: “Es un tejido conjuntivo mineralizado y por peso consta de alrededor de un 60% de materia inorgánica, un 25% de materia orgánica y un 15% de agua”. (p. 10).

Analizando la obra de Negroni³⁹ (2009) se puede citar que: “Es la cavidad ósea en la que se aloja y sostienen el diente”. (p. 276).

³⁴Barrancos, Julio y Barrancos, Patricio. (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. (4ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

³⁵Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

³⁶Torrent, Josep. (2011). Manual de Ortodoncia. Barcelona, Reino de España: Ediciones Universitat de Barcelona.

³⁷Harfin, Julia. (2006). Tratamiento Ortodóntico en el Adulto. (2ª ed.). República de Argentina: Editorial Panamericana Médica S.A.

³⁸Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

³⁹Negroni, Martha. (2009). Microbiología Estomatológica Fundamentos y Guía Práctica. (2ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

Examinando la obra de Welsch⁴⁰ (2010) se puede conocer que: “Es la parte de los maxilares y mandibular en cuyas cavidades se insertan las raíces dentarias”. (p. 350).

2.3. Gingivitis.

Estudiando la obra de Morales⁴¹ (2007) se puede referenciar que: “La gingivitis se define como la inflamación localizada o generalizada de la encías, en donde se observa la presencia de edema, eritema, sangrado espontaneo o inducidos por el cepillo dental y la masticación”. (p. 93).

Reafirmando el concepto de the University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital⁴² (2014) se puede citar que: “Gingivitis Es la forma más leve de la enfermedad periodontal, es probable que las encías estén enrojecidas, inflamadas y sensibles y que sangren con facilidad durante la limpieza diaria y el uso del hilo dental”. (párr. 8).

Considerando la obra de Rojas y Fernández⁴³ (2009) se puede conocer que: “Clásicamente gingivitis se refiere a la respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales (placa dental)”. (p. 10).

⁴⁰Welsch, Ulrich. (2010). Histología. (2ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁴¹Morales, Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriátría y Gerontología: Tomo III. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial EUNED.

⁴²The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital.(2014). Enfermedad Periodontal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S04741>

⁴³Rojas, Francisco y Fernández, Vicente. (2009). Manual de Higiene Bucal. Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Observando la obra de Raspall⁴⁴ (2006) se puede referenciar que:

El cambio cuantitativo y cualitativo de la concentración bacteriana se produce en poco tiempo, es progresivo y afecta muy significativamente a los componentes del comportamiento superior. El tejido conectivo de la encía se destruye progresivamente y su lugar es ocupado por un infiltrado inflamatorio formado por leucocitos polimorfonucleares y células plasmáticas. (p. 296).

Comparando la obra de Echeverría y Echeverría⁴⁵ (2007) se puede citar que: “El progresivo cambio en la masa y composición de la placa tiene lugar en pocos días, pero afecta muy significativamente a los componentes del comportamiento coronal”. (p. 18.)

Investigando la obra de Requejo y Ortega⁴⁶ (2006) se puede conocer que: “la gingivitis es una manifestación temprana de la enfermedad, que se asocia a inflamación e infección de las encías por las bacterias de la boca”. (Cap. 20) (p.18).

Consultando la información disponible de la revista Scielo⁴⁷ (2008) se puede concluir que:

La gingivitis puede detectarse en un 50% de los individuos mayores de 19 años, valor que va disminuyendo conforme aumenta la edad. La presentan el 54% de los individuos entre 19 y 44 años, el 44% de los sujetos entre 45 y 64 años y el 36% de las personas de más de 65 años. Sólo el 15% de la población de más de 19 años no presenta ningún tipo de alteración ni gingival ni periodontal, lo cual pone de manifiesto la trascendencia del problema ante el que nos hallamos. Por otro lado, parece que las alteraciones gingivales afectan sobre todo a pacientes varones. Los índices de gingivitis en hombres son un 10% mayor que en mujeres, independientemente de la edad. Del mismo modo,

⁴⁴Raspall, Guillermo. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁴⁵Echeverría, José y Echeverría, Manau. (2007). Manual de Periodoncia. Barcelona, Reino de España: Ergon.

⁴⁶Ortega, R y Requejo, A. (2006). Nutrí Guía Manual de Nutrición Clínica en Atención Primaria. (1 ed.) Barcelona, Reino de España: Complutense S.A.

⁴⁷Matesanz-Pérez P et al. (2008). Enfermedades Gingivales: Una Revisión de la Literatura. AV PeriodonImplantol. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/v20n1/original1.pdf>.

se ha visto que los índices de gingivitis también se diferencian en relación a los factores raciales, y aunque las diferencias entre etnias son pequeñas, la inflamación gingival es más prevalente entre los sujetos caucasianos. (pp. 1 y 2).

Consultando la información disponible de la revista Scielo ⁴⁸ (2009) se puede concluir que:

El estudio clínico reveló que 36 de los 65 encuestados presentaban gingivitis para un 55,38%; que de acuerdo al índice de Russell¹⁴ se clasificaron en gingivitis leve, moderada y gingivitis con bolsa. Ninguno de los encuestados presentó periodontitis con bolsa y movilidad. Se pudo comprobar que de los pacientes afectados 20 son mujeres y 16 son hombres. La distribución por edades aparece en la tabla. El número de afectados entre 60 a 69 fue de 28 de los cuales 16 fueron mujeres y 12 hombres. El total de afectados en las edades de 70 a 79 fue de siete de los cuales tres fueron mujeres y cuatro hombres. La única persona afectada mayor de 80 años fue del sexo femenino. (párr. 29).

De acuerdo a la obra de Bascones⁴⁹ (2009) se puede manifestar que:

La Gingivitis es la primera enfermedad periodontal en manifestarse, pues consiste en la inflamación de las encías que es ocasionada por las bacterias que se producen debido a la acumulación de material adherente en los dientes; “entre los factores que principalmente favorecen la proliferación de esta enfermedad se encuentran la placa y el cálculo en las piezas dentarias”, entre sus síntomas característicos están inflamación y enrojecimiento de las encías y posible sangrado al cepillar. (p. 169).

2.4. Etiología.

Razonando la obra de Redondo et al.⁵⁰ (2008) se puede referenciar que:

Mala higiene bucal, restos alimenticios, placa material que se deposita sobre los dientes y se adhiere, de color gris amarillento, formado por bacterias y glucoproteínas de la saliva que se depositan sobre la superficie de la raíz del diente y se calcifica, formando el cálculo dental. La placa no puede eliminarse

⁴⁸Ruiz, Hector et al. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

⁴⁹ Bascones, Antonio. (2009) Periodoncia Clínica e Implantología Oral . Ediciones Avances Médico-Dentales.

⁵⁰Redondo et al. (2008). Atención al adolescente. (2ª ed.). Reino de España: Editorial universidad de cantabria.

solo con enjuagues es preciso cepillar después de cada comida y s de las limpiezas por el profesional tabaco, respiración bucal que produce sequedad de boca, haciendo la placa más viscosa a la vez que se reducen las funciones de protección salivar. (p. 171).

2.5. Manifestaciones de la gingivitis.

Alteración del aspecto gingival.

Analizando la obra de Eley, Soory y Manson⁵¹ (2012) se puede citar que:

Los cambios de aspectos se suelen describir según el color, la forma, el tamaño, la consistencia y las características superficiales. Las encías sanas son de color rosa pálido y el margen es puntiagudo y festoneado, una papila fina con frecuencia esta surcada por una especie de surco apical a la encía marginal, que la separa de la encía insertada, y esta última tiene textura de puntilleo.

Puesto que la tronera interdental es el sitio de mayor acumulación de placa, la inflamación gingival, suele comenzar en la papila interdental y extenderse alrededor del margen. Cuando los vasos sanguíneos de dilatan, el tejido se vuelve rojo y se hincha, con exudado inflamatorio. El margen afilado se redondea, el sellado interdental se pierde y la superficie de la encía se vuelve lisa y brillante. Cuando las haces de fibras gingivales se rompen por el proceso inflamatorio, el margen gingival pierde consistencia y se separa de la superficie dental, de modo que se forma una bolsa inicial. Si la inflamación se hace más difusa y se extiende en la encía adherida, desaparece el punteado. Cuando la inflación es intensa, se puede extender a través de la encía adherida hasta la mucosa alveolar, alterando la unión mico gingival, normalmente bien definida. (pp. 163 - 165).

Índice de la alteración del aspecto gingival.

Examinando la obra de Bascones⁵² (2009) se puede conocer que:

0: encía normal.

1: gingivitis leve: cuando hay cambio de color y pequeño cambio de textura.

2: gingivitis moderada: brillo moderado, enrojecimiento, edema e hipertrofia, sangrado a la presión.

3: gingivitis severa: gran enrojecimiento e hipertrofia, sangrado espontaneo y ulceración. (p. 174).

⁵¹Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁵²Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

Estudiando la obra de Camargo y Guzman⁵³ (2007) se puede referenciar que:

Mide la inflamación en la porción marginal de la encía.

0: ausencia de signos visuales de inflamación.

1: ligero cambio de color y textura, inflamación visual y tendencia al sangrado, después de pasar la sonda.

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

3: inflamación manifiesta con tendencia de sangrado espontáneo. (Cap. 5). (p. 102).

Considerando la obra de Eley, Soory y Manson⁵⁴ (2012) se puede citar que:

Sabor desagradable. Los pacientes pueden notar el sabor de la sangre, en particular si succionan un espacio interdental. Por desgracia, los sentidos se camuflan con rapidez y el sabor desagradable es una queja relativamente infrecuente.

Halitosis. El mal aliento con frecuencia acompaña a la enfermedad gingival y es una causa frecuente de visita al odontólogo. El olor procede de la sangre y de la higiene oral deficiente y se debe distinguir del olor procedente de otras fuentes. La halitosis tiene distintas causas, tanto intra orales como extra orales. La enfermedad oral y los depósitos de residuos de alimentos, en especial los de naturaleza volátil, como la menta, el ajo, el curry, etc. Constituyen la causa más frecuente de halitosis. La patología del tracto respiratorio, la nariz, los senos, las amígdalas y los pulmones puede causar un olor desagradable, y lo mismo sucede con las enfermedades del tracto digestivo.

Formación de bolsas. La medición de la bolsa es una parte esencial del diagnóstico periodontal, pero se debe interpretar junto con la inflamación, las hinchazones gingivales y los signos radiográficos de la pérdida de hueso alveolar. En teoría, si no existe hinchazón gingival una bolsa con profundidad superior a 2mm indica alguna migración apical del epitelio crevicular, pero la hinchazón inflamatoria es muy común, sobre todo en los individuos más jóvenes, en los que la bolsa de 3-4 mm puede ser enteramente gingival o falsa. Es probable que la bolsa de 4mm indique una periodontitis crónica temprana. La medición precisa de las bolsas es difícil debido a que: El sondaje de la bolsa puede resultar incómodo e incluso doloroso si existe inflamación franca. La profundidad de la bolsa es muy variable alrededor de un diente. La bolsa Interproximal suele ser más profunda a causa de que ese es el sitio con mayor acumulación de placa, mientras que la bolsa en la superficie vestibular del diente suele ser más superficial, ya que es allí donde el cepillo de dientes tiene el mayor impacto e incluso puede producir recesión gingival.

La porción más profunda de las bolsas interproximales suele estar situada debajo del área de contacto. Por tanto, la sonda tiene que estar ligeramente inclinada hacia dentro para alcanzar ese punto en los dientes molares o

⁵³Camargo, María y Guzmán, Mauricio. (2007). Periodoncia: Fundamentos de la Odontología. (2ª ed.). República de Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

⁵⁴Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

premolares. Es necesario compensar el efecto de esa angulación sobre la profundidad de la sonda medida, y en esas circunstancias es habitual restar 1mm al valor de la medición. (p. 164).

Recesión Gingival.

Observando la obra de Sanchez y Palma⁵⁵ (2013) se puede conocer que: “Recesión Gingival: vendrá determinada por la posición del margen gingival con respecto a la línea amelocementaria”. (p. 356).

Comparando a Eley, Soory y Manson⁵⁶ (2012) se puede referenciar que:

La recesión gingival y la exposición de la raíz pueden acompañar a la periodontitis crónica, pero no son necesariamente una característica de la enfermedad. A ese respecto, la recesión gingival localizada que solo afecta a la superficie vestibular de la encía no se suele asociar con periodontitis crónica, mientras que la recesión generalizada que afecta a todas las caras del diente se asocia de modo invariable a periodontitis. Cuando existe recesión, la medición de la profundidad de la bolsa proporciona solo una representación parcial de la cantidad total de destrucción periodontal, y ambos parámetros se deben tener en cuenta al realizar el registro periodontal. (p. 164).

Consultando la información disponible del sitio web de universidad de Sevilla⁵⁷ (2007) se puede citar que:

Miller, en el año 1985, realizó una clasificación muy útil de las recesiones gingivales, considerando el porcentaje de recubrimiento radicular que es posible obtener.

Clase I: Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival (LMG). No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.

Clase II: Recesión que llega hasta la LMG o la excede. No hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.

⁵⁵Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.

⁵⁶Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁵⁷Universidad de Sevilla (2007). Clasificación de las Recesiones Gingivales de Miller.[En línea]. Consultado: [07, junio, 2014]. Disponible en:http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-35/page_03.htm

Clase III: Recesión que llega hasta la LMG o que la sobrepasa. La pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión.

Clase IV: Recesión que sobrepasa la LMG. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión.

En los defectos de clase I y clase II se puede lograr el recubrimiento radicular completo (100%), mientras que las recesiones tipo III sólo se puede conseguir un recubrimiento parcial. La recesión tipo IV no es posible de recubrimiento radicular. (párr. 4).

2.6. Epidemiología.

Investigando la obra del autor Carranza y Sznajder⁵⁸ (1986) se puede conocer que:

La gingivitis aparece en la infancia y su prevalencia es considerable. Se ha encontrado que el 35% de los niños de 3 años y el 64% de los de 5 años tienen gingivitis, y la prevalencia y severidad aumentan con la edad. En países industrializados aproximadamente el 50% de la población adulta tiene gingivitis con inflamación en un 5 a 6% de las unidades gingivales, mientras que un 60% de las personas mayores de 65 años tienen gingivitis con inflamación en 12-13 % de las unidades gingivales. (pp. 26 y 27).

2.7. Factores que intervienen en la gingivitis.

Consultando la información publicada en la revista scielo⁵⁹ (2009) se puede referenciar que:

Los factores de riesgo son atributos o características que confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer enfermedades o para que su salud sufra alteraciones. Se clasifican en biológicos, sociales, económicos, ambientales, de atención a la salud e integración.

Se ha hablado durante todos estos años de la función de los factores directos como iniciadores de estas enfermedades, y cómo los sistémicos (indirectos), han agravado o modificado el papel de los anteriores, oponiéndose a ellos la respuesta defensiva del huésped.

Dentro de los factores directos se tiene en cuenta: estado de la higiene bucal, obturaciones defectuosas, sangramiento gingival, mal posiciones dentarias, puntos de contactos deficientes, empaquetamiento de alimentos, el número de

⁵⁸Carranza, Ferrin y Sznajder, Norma. (1986). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁵⁹Pérez, Bernardo. (2012). Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192009000400006&script=sci_arttext

dientes presentes, las bolsas periodontales y el hábito de fumar, entre otros. (párr. 9-11).

Analizando la obra del autor Carranza y Sznajder⁶⁰ (1986) se puede citar que:

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

Sexo: entre los hombres la prevalencia es mayor en las mujeres, aunque en estudios recientes la diferencia tiende a disminuir. (p. 28).

Factores que influyen en la salud oral del adulto mayor.

Consultando la información de la tesis de Matus⁶¹ (2011) concluye que: “El 53% de las personas adultas mayores estudiadas han perdido la totalidad de sus dientes y el 38,4% con pérdida dental parcial que requiere de rehabilitación protésica para satisfacer la capacidad masticatoria” (p.19).

Consultando la información publicada en la revistas bolivianas⁶² (2012) se puede referenciar que:

La ausencia parcial o total de piezas dentarias en pacientes adultos mayores es aún una condición que les es característica y que para gran parte de la población es un estado "propio y normal" de ésta etapa de la vida. Cuando el paciente sufre la pérdida de uno o más dientes, es recomendable su reemplazo tan pronto como sea posible Si el estado bucal existente o motivaciones de costo determinan que es candidato a ser portador de prótesis removible, es fundamental establecer el diseño protésico más adecuado a la cantidad y ubicación de los dientes que permanecen la cavidad bucal; una prótesis removible de diseño inadecuado o con una distribución poco equitativa de las

⁶⁰Carranza, Ferrin y Sznajder, Norma. (1986). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁶¹Matus, Kenia. (2011). enfermedades bucodentales más frecuentes en pacientes geriátricos. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35924/1/matusmoraleskenia.pdf>

⁶²Surco, Víctor. (2012). Alteraciones Gingivales en Adultos Mayores. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000200009&script=sci_arttext

cargas oclusales es la principal causa de la pérdida progresiva del reborde alveolar, lo que genera desajuste de las prótesis y en no pocos casos la rápida evolución hacia la prótesis total.

La falta de limpieza y cuidado de estos aparatos protéticos pueden ocasionar irritaciones, hiperplasias, infecciones y hongos al lugar de asiento de la prótesis. (p. 28).

Consultando la información publicada en la revista Scielo⁶³ (2010) se puede referenciar que:

Cuando no está indicada una prótesis fija, la prótesis parcial removible (PPR) puede ser el tratamiento de elección para la restauración de rebordes parcialmente edéntulos. Aun cuando la PPR es un medio para reemplazar dientes perdidos puede volverse una amenaza para los dientes remanentes de los pacientes debido a que puede incrementar la incidencia de caries, afectar el periodonto y aumentar la cantidad de fuerzas sobre los pilares. Estas alteraciones se atribuyen a una higiene oral deficiente, incremento de la placa bacteriana y acumulación de cálculos, además de la transmisión de fuerzas excesivas a las estructuras periodontales a partir de la estructura metálica de la PPR. (párr. 1)

Consultando la información publicada en la revistas bolivianas⁶⁴ (2012) se puede conocer que:

El envejecimiento.- Es un proceso inexorable e irreversible, comienza en la edad adulta pero se hace evidente después de la sexta década de vida por su mayor grado de compromiso orgánico y psíquico. Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas; los tejidos orales y periorales no escapan a éste proceso, en ellos se observan diversos cambios: en los tejidos de revestimiento se produce un adelgazamiento, deshidratación, reducción de vascularización y cantidad de tejido adiposo de la mucosa oral, que se traduce en una pérdida de resistencia y elasticidad; en la piel se van atrofiando las glándulas sudoríparas y sebáceas; en el tejido óseo comienzan a predominar los procesos de reabsorción por sobre los de reparación ósea, especialmente en las mujeres, lo que determina una disminución de la altura del hueso alveolar. Hay cambios en la función salival tanto en cantidad como en calidad, que se pueden deber tanto a la atrofia de los acinos glandulares o a los efectos colaterales de algunos medicamentos.

⁶³Medina, Ardilla. (2010). Efectos de la protesis parcial removible sobre la salud periodontal. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000200003

⁶⁴Surco, Víctor. (2012). Alteraciones Gingivales en Adultos Mayores. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000200009&script=sci_arttext

Las características de la mucosa oral en los adultos mayores son las siguientes: aspecto brillante, la encía pierde su punteado, hay menor resistencia a las presiones y menor capacidad para responder a las influencias externas, siendo dañada más fácilmente. Estas condiciones pueden ser alteradas por diversas lesiones: leucoplasia, mucositis, candidiasis, estomatitis subprotésica, hiperqueratosis, penfigoide benigno, hiperplasias, sensación de ardor bucal y otras. (párr. 18).

Presencia de una o más enfermedades sistémicas de base.

Consultando la información publicada en la revistas bolivianas⁶⁵ (2012) se puede referenciar que:

Las enfermedades de base que debemos considerar por su directa o indirecta relación en la salud oral son la diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y coagulopatías, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones visuales y motoras, alteraciones nutricionales, alteraciones de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de inmunosupresión. Cuando se presentan alguna de éstas patologías, es primordial que el cirujano dentista determine si el paciente está en tratamiento y si el cuadro se encuentra estabilizado, antes de ejecutar cualquier maniobra odontológica, por sencilla que sea. Si es necesario, el paciente debe ser remitido al médico tratante para su evaluación, aunque implique la postergación del tratamiento. En el caso de pacientes que presentan afecciones hepáticas y renales, las precauciones deben centrarse en las alteraciones sistémicas que generan estos cuadros, especialmente a nivel circulatorio, hematológico e inmunológico y que pudiesen complicar el tratamiento dental. Además es de rigor el ajuste de las dosis de cualquier fármaco a indicar, pues éstos casi sin excepción se metabolizan en el hígado y excretan vía renal, con lo que inevitablemente las concentraciones de fármaco que recibe el paciente sufren modificaciones. Pacientes con alteraciones motoras, visuales y mentales, indiscutiblemente se encuentran limitados para mantener una adecuada higiene oral. (párr. 19).

Diabetes mellitus.

Razonando la obra de Chímenos y López⁶⁶ (2010) se puede citar que:

⁶⁵Surco, Víctor. (2012). Alteraciones Gingivales en Adultos Mayores. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000200009&script=sci_arttext

⁶⁶Chímenos, Eduardo y López, José. (2010). Esquemas de Medicina Bucal. Reino de España: Publicacions Edicions de la Universitat de Barcelona.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad sistémica crónica caracterizada por una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, de los lípidos y de las proteínas. Se debe a una insuficiente secreción de insulina por parte del páncreas o aun déficit en su actividad. (p. 202).

Analizando la obra de Rivera⁶⁷ (2000) se puede conocer que:

La diabetes mellitus es una enfermedad que con el tiempo se complica con otras afecciones como son la hipertensión arterial, la disminución de la visión, la dificultad para cicatrizar las heridas, las alteraciones del sistema nervioso como pérdida de la sensibilidad en los pies y las manos. (Párr. Vii).

Consultando la información publicada en la clínica diabetologa⁶⁸ (2015) se puede referenciar que:

Se sugirió que las variaciones de la morfología gingival tenían una gran importancia en el diagnóstico de pacientes con diabetes. Varios estudios aportaron que la gingivitis es más severa en niños con diabetes que en niños sanos. Se encontró que los niños diabéticos tenían una inflamación gingival mucho más significativa que los niños sanos, sabiendo que ambos grupos tenían los mismos niveles de placa. Los niños diabéticos con pobre control metabólico tenían valores de índice gingival más altos que los que tenían los niños no diabéticos. (Párr. 38).

Hipertensión.

Consultando la información del artículo odontología general⁶⁹ (2013) se puede citar que:

En pacientes hipertensos que no se encuentran bajo control médico, pueden producirse Odontalgias (dolor de un diente de manera espontánea) sin causa aparente, pero ello es debido a una hiperemia pulpar producida por el aumento de la presión sanguínea. Los efectos en la salud oral son múltiples, pero nos centraremos en los tres más frecuentes, la Xerostomía, la Hiperplasia Gingival y la Hipotensión Ortostática.

⁶⁷Rivera, Erika. (2000). Diabetes Mellitus: Programa Completo para su Tratamiento Dietético. (1ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A.

⁶⁸Antuña de alaiz. (2015). Manifestaciones Orales de la Diabetes. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: <http://clinidiabet.com/es/infodiabetes/educacion/educando/02.htm>

⁶⁹Soronellas, victor. (2013). Hipertensión y Odontología. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: <http://cdz.es/boletin/hipertension-y-odontologia>

Xerostomía.- A menudo las medicaciones anti hipertensivas pueden ocasionar como efecto secundario xerostomía (boca seca), lo que, a su vez, puede originar una gingivitis y derivar en una enfermedad periodontal. Si la dejamos sin tratar, la xerostomía provoca una disminución del pH de la cavidad oral, lo que, a su vez, genera un incremento del nivel de placa y, por lo tanto, la incidencia de la caries (sobre todo a nivel del tercio gingival). Puesto que los enjuagues orales que contienen alcohol pueden exacerbar la boca seca, es importante que el odontólogo indique al paciente que evite el uso de los mismos.

Hiperplasia Gingival.- El sobrecrecimiento de la encía es otro posible efecto adverso de las medicaciones para tratar la hipertensión (por ejemplo los Antagonistas del Calcio como la nifedipina). Algunos pacientes precisaran de cirugía periodontal para cortar el exceso de encía, pero en muchas ocasiones ésta vuelve a crecer. Puesto que en estos casos la placa puede generarse bajo la encía, ello implica que el cepillado sea mucho más dificultoso, todo lo cual termina ocasionando frecuentes episodios de dolor.

Hipotensión Ortostática.- La Hipotensión ortostática ocurre en grado variable en todos los pacientes que toman medicamentos anti hipertensivos. Algunos pacientes pueden marearse y/o desmayarse si el sillón dental se incorpora demasiado rápido, por lo que se realizarán cambios graduales de posición para evitar la hipotensión postural. El odontólogo debe retornar suavemente al paciente a la posición vertical posterior al tratamiento manteniéndolo sentado de 30 a 60 segundos antes de incorporarlo. (párr. 4 - 6).

Artritis.

Consultando la información de la revista peruana⁷⁰ (1996) se puede conocer que:

La cavidad oral en sus diferentes estructuras labios, dientes, lengua, encías, mucosa oral puede afectarse en el curso clínico de las enfermedades reumáticas autoinmunes. Estas enfermedades pueden comprometer en forma directa o indirecta la cavidad oral los fármacos utilizados así como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), glucocorticoides, drogas modificadoras de enfermedad e inmunosupresores, como parte de sus efectos adversos producen ulceraciones gingivitis, estomatitis, hemorragia gingival, hipertrofia gingival, sobre las que frecuentemente se agregan infecciones por agentes oportunistas como la *Cándida Albicans*. En ocasiones es difícil diferenciarlas lesiones producidas por los fármacos de las manifestaciones propias de la enfermedad. (párr. 1).

⁷⁰Ugarte, Cesar. (1996). Manifestaciones Orales en las Enfermedades Difusas del Tejido Conectivo. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v02_n2/maniforal.htm

Consultando la información de la revista Medisan⁷¹ (1999) se puede referenciar que:

Es una afección muy frecuente, ya que cerca del 50 % de los ancianos la padece. La causa más común de dolor es el articular secundario o oseoartrosis, también puede afectar la articulación temporomandibular.

La degeneración articular puede producir un dolor único bilateral directamente sobre el cóndilo, que disminuye el rango articular de movimiento y provoca dolor a la masticación. Se recomienda un manejo conservador y tratamiento para el dolor.

La artritis reumatoidea también puede afectar la articulación temporomandibular y dar lugar a una desnutrición de la articulación. Produce dolor al masticar, con un "click" y limitación para abrir la boca. Los ancianos son más susceptibles a desarrollar enfermedades periodontales. Debemos tener también en cuenta su estado nutricional; inicialmente se planteaba la alta prevalencia de edéntulos en este grupo poblacional, lo que ocasiona una disminución en su capacidad masticatoria que repercute en un estado nutricional no adecuado; razón por la cual es importante restablecer la capacidad masticatoria, para compensar el bajo funcionamiento del tubo digestivo. Existen barreras en la atención odontológica de los mayores de 60 años. Las especiales barreras que se presentan en este grupo poblacional incluyen limitaciones personales (Ej: estereotipo del envejecimiento), físicos (incapacidad), psíquicos (enfermedades mentales), sociales (factores económicos) y la profesión dental. (párr. 19 – 23).

Consultando la información de en el artículo consume⁷² (2009) se puede citar que:

Las personas que sufren artritis reumatoide son más propensas a padecer gingivitis. En ambas enfermedades se deterioran tejidos, blandos y duros, debido a una inflamación. La artritis reumatoide es una enfermedad incurable, causada por un fallo en el sistema inmunitario que afecta, principalmente, a pequeñas articulaciones de manos y pies. La padecen más de cinco millones de personas en todo el mundo, sobre todo, mujeres. En el caso de la enfermedad periodontal, la inflamación la provocan toxinas procedentes de infecciones bacterianas.

La relación entre ambas enfermedades lleva estudiándose desde hace varios años. Investigadores alemanes ya apuntaban en un trabajo elaborado en 2008 una incidencia de enfermedad periodontal en personas con artritis hasta ocho veces mayor que en las personas sin la enfermedad. En una posible explicación, el dolor y la inflamación de las manos que se dan en la artrosis hacen que cepillarse los dientes y utilizar el hilo dental sea complicado, lo que da como resultado una higiene dental deficiente. (párr. 2 y 3).

⁷¹Berenguer, Maritza. (1999). La Salud Bucal en la Tercera Edad. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3_4_99/san10499.htm

⁷²Llavina, Nuria. (2009). La Artritis y enfermedad periodontal, una estrecha relación. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2009/06/15/185952.php

Gastritis.

Examinando la obra de Palacio et al.⁷³ (2004) se puede conocer que:

La gastritis o inflamación de la mucosa que tapiza el estomago es un trastorno común caracterizado por anorexia o falta de apetito, sensación de plenitud y malestar, nauseas y vómitos. Es la patología gástrica mas frecuente. Es un concepto anatomopatologico y no clínico. Los síntomas que produce se englobaran dentro del concepto clínico de dispepsia no ulcerosa. (p. 238).

Terapia farmacológica variada (con frecuencia de larga duración).

Consultando la información publicada en la revistas bolivianas⁷⁴ (2012) se puede referenciar que:

Todo fármaco administrado a un paciente al ejercer su acción farmacológica benéfica, lleva asociada la capacidad de producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo, especialmente en tratamientos de larga duración. Además se ha determinado que estos son capaces de interactuar con otros fármacos administrados en forma concomitante, pudiendo modificarse el metabolismo de ambos y por ende su acción final en el paciente. Estos fenómenos deben ser ampliamente conocidos por el profesional que los indica, para controlar su efecto y contrarrestarlos cuando sea posible y su eventual aparición debe ser explicada al paciente antes de iniciar la terapia, para que esté prevenido en caso de que ocurran.

Muchos de los fármacos utilizados por pacientes geriátricos provocan como efecto secundario una disminución del flujo salival o xerostomía. Dentro de ellos están algunos analgésicos y antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, antihipertensivos, anticolinérgicos en general y derivados de los alcaloides opiáceos. El consumo de fármacos anticonvulsivos como los barbitúricos y fenitoina producen agrandamientos gingivales.

Uso de prótesis removible.- La ausencia parcial o total de piezas dentarias en pacientes adultos mayores es aún una condición que les es característica y que para gran parte de la población es un estado "propio y normal" de ésta etapa de la vida. Cuando el paciente sufre la pérdida de uno o más dientes, es recomendable su reemplazo tan pronto como sea posible Si el estado bucal existente o motivaciones de costo determinan que es candidato a ser portador de prótesis removible, es fundamental establecer el diseño protésico más adecuado a la cantidad y ubicación de los dientes que permanecen la cavidad bucal; una prótesis removible de diseño inadecuado o con una distribución poco equitativa de las cargas oclusales es la principal causa de la pérdida progresiva del reborde alveolar, lo que genera desajuste de las prótesis y en no pocos casos la rápida evolución hacia la prótesis total.

⁷³Palacio, José et al. (2004). Auxiliar de Enfermería. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Mad, S.L.

⁷⁴Surco, Víctor. (2012). Alteraciones Gingivales en Adultos Mayores. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000200009&script=sci_arttext

La falta de limpieza y cuidado de estos aparatos protéticos pueden ocasionar irritaciones, hiperplasias, infecciones y hongos al lugar de asiento de la prótesis. (párr. 18-28).

2.8. Clasificación de la gingivitis.

Estudiando la obra de Morales⁷⁵ (2007) se puede citar que:

Inducida por placa dental, enfermedad gingival modificada por factores sistémicos (asociada con el sistema endocrino: gingivitis asociada con la pubertad, gingivitis asociada con el ciclo menstrual, gingivitis asociada con el embarazo y gingivitis asociado a diabetes mellitus y asociada a discrasias sanguíneas: gingivitis asociada con leucemia, otros) enfermedad gingival modificada por medicamentos a enfermedad influenciada por drogas: agrandamientos gingivales. Gingivitis asociada a anticonceptivos orales y enfermedades gingivales modificada por malnutrición. (pp. 93 y 94).

Gingivitis inducida por placa dental.

Considerando la obra de Lindhe⁷⁶ (2009) se puede conocer que: “La gingivitis inducida por la placa bacteriana es la inflamación de la encía como resultado de la actividad de bacterias localizadas a la altura del margen gingival”. (p. 407).

Gingivitis asociada a factores locales en un periodonto sano.

Observando la obra de Rojas y Fernández⁷⁷ (2009) se puede referenciar que:

La gingivitis causada por la placa bacteriana es la forma más prevalente de todas las enfermedades que afectan al periodonto. Se desarrolla cuando la placa se acumula sobre las superficies dentales y siempre desaparece cuando se remueve la placa. Clínicamente contorn regular y firme de la encía cambia y aparece mas redondeado con un grado variable de edema o fibrosis. La profundidad del surco puede aumentar ligeramente debido a la formación de pseudoboldad, lo que refleja el aumento de volumen de los tejidos gingivales.

Gingivitis asociad a factores locales en un periodonto reducido.

⁷⁵Morales, Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriátría y Gerontología: Tomo III. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial EUNED.

⁷⁶Lindhe, Jan. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana S.A.

⁷⁷Rojas, Francisco y Fernández, Vicente. (2009). Manual de Higiene Bucal. Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Tras la fase activa del tratamiento periodontal en un paciente con periodontitis, los tejidos periodontales se encuentran sanos pero con una altura ósea reducida. Presenta las siguientes características resolución de una periodontitis anterior, por lo que puede presentar pérdida de inserción o pérdida ósea ya existentes, anteriormente, presencia de placa en el margen gingival, cambio de color, cambios del contorno gingival, aumento de la temperatura sular, aumento del exudado gingival, sangrado al sondaje y reversibilidad con la remoción de la placa dental.

Gingivitis modificada por factores sistémicos:

Gingivitis asociada al embarazo: las alteraciones hormonales que ocurren durante el embarazo tienen repercusiones en los tejidos gingivales. Los niveles de progesterona y estrógenos a partir del tercer mes pueden llegar a niveles de 10 a 30 veces superiores a los niveles normales que se alcanzan durante el ciclo menstrual.

Gingivitis asociada a la pubertad, al ciclo menstrual y a la ingesta de contraceptivos: durante la pubertad los niveles de las hormonas sexuales aumentan drásticamente, provocando cambios físicos y de comportamiento en los adolescentes. Con frecuencia, la pubertad esta acompañada por una respuesta exagerada de la encía a los irritantes locales y además está influenciada por distintos factores tales como los niveles de placa dental, la caries o la respiración oral. (p. 10- 12).

Medicamentos

Comparando la obra de Genco y Williams⁷⁸ (2011) se puede citar que:

Los medicamentos como las drogas anticonvulsivantes (p. dilatin), las drogas inmunosupresoras, (p.e. ciclosporina), y los bloqueadores de los canales de calcio (p.e. diltiazem) puede causar agrandamiento gingival severo y pseudobolsas periodontales (profundidad al sondaje aumentada sin pérdida ósea o de inserción asociada). Las condiciones gingivales asociadas a medicamentos son a menudo resueltas después de interrumpir los agentes causales. (p. 7).

Gingivitis en situaciones especiales.

Investigando la obra de Rojas y Fernández⁷⁹ (2009) se puede conocer que:

Tabaco: desde hace mucho tiempo sabemos que las señales clínicas de la inflamación son distintas en los fumadores y también esta ampliamente descrita en la bibliografía periodontal la relación entre el tabaco y las enfermedades periodontales. Las señales clínicas de la inflamación son menos evidentes en los fumadores y pueden deberse tanto a alteraciones en la respuesta

⁷⁸Genco, Robert y Williams, Ray. (2011). Enfermedad Periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico. República de Colombia: Editorial Colgate.

⁷⁹Rojas, Francisco y Fernández, Vicente. (2009). Manual de Higiene Bucal. Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

inflamatoria como en la respuesta vascular. El tabaco tiene un efecto de supresión de la respuesta inmunológica, a través de la disminución de la quimiotaxis, la fagocitosis y la respuesta oxidativa. (p. 10 - 13).

Gingivitis no inducida por placa dental.

Razonando la obra de Genco y Williams⁸⁰ (2011) se puede referenciar que: “este tipo de lesiones son raras y se deben principalmente a condiciones sistémicas. Las bacterias, los virus, o los hongos pueden causar estos tipo de lesiones gingivales”. (Cap. 2). (p. 7).

Gingivitis modificadas por factores endocrinos

Analizando la obra de Rojas y Fernández⁸¹ (2009) se puede citar que:

En los casos de gingivitis con factores endocrinos existe frecuentemente un agrandamiento gingival que no desaparece ni siquiera después de eliminar el factor etiológico. En tales situaciones habrá que recurrir al tratamiento quirúrgico para eliminar el exceso del tejido gingival que permanece tras el tratamiento convencional del control de placa y remoción de depósitos bacterianos. (p. 14).

2.9. Índice gingival.

Examinando la obra de Villafranca, et al.⁸² (2005) se puede conocer que:

Valora el grosor de la placa a lo largo del borde gingival, no emplea colorantes y antes de la exploración es preciso secar con aire durante 20 segundos. Se efectúa de la siguiente manera se puntúa cada una de las cuatro caras de cada diente de acuerdo con el siguiente baremo 0= no existe placa, 1= la placa gingivo dental es detectable solo al pasar la sonda, 2= la placa gingivodental es reconocible a simple vista en el borde gingival y en los espacios interdentarios libres, 3= la placa gingivo-dentales es abundante y gruesa (1-2mm) y ocupa el espacio dentro-gingival y el interdental. (p. 132 y 133).

⁸⁰Genco, Robert y Williams, Ray. (2011). Enfermedad Periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico. República de Colombia: Editorial Colgate.

⁸¹Rojas, Francisco y Fernández, Vicente. (2009). Manual de Higiene Bucal. Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁸²Villafranca, Carlos, et al. (2005). Manual Técnico Superior en Higiene Bucodental. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Mad S.L.

Estudiando la obra de Camargo y Guzman⁸³ (2007) se puede referenciar que:

Mide la inflamación en la porción marginal de la encía.

0: ausencia de signos visuales de inflamación.

1: ligero cambio de color y textura, inflamación visual y tendencia al sangrado, después de pasar la sonda.

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

3: inflamación manifiesta con tendencia de sangrado espontáneo. (Cap. 5). (p. 102).

Índice de la alteración del aspecto gingival.

Considerando a Bascones⁸⁴ (2009) se puede citar que:

0: encía normal.

1: gingivitis leve: cuando hay cambio de color y pequeño cambio de textura.

2: gingivitis moderada: brillo moderado, enrojecimiento, edema e hipertrofia, sangrado a la presión.

3: gingivitis severa: gran enrojecimiento e hipertrofia, sangrado espontáneo y ulceración. (p. 174).

Índice gingival de loe silness.

Observando la obra de Carranza y Sznajder⁸⁵ (1986) se puede conocer que:

0: encía normal

1: inflamación leve, cambio de color, edema leve, no sangra al sondaje.

2: inflamación moderada, encía roja, brillante, edematizada, sangra al sondaje.

3: inflamación severa, marcando aumento de color y edema, ulceración, tendencia a hemorragia espontánea. (p. 22).

2.10. Higiene bucal.

Comparando la obra de Genco y Williams⁸⁶ (2011) se puede referenciar que:

⁸³Camargo, María y Guzmán, Mauricio. (2007). Periodoncia: Fundamentos de la Odontología. (2ª ed.). República de Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

⁸⁴ Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

⁸⁵Carranza, Ferrin y Sznajder, Norma. (1986). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

⁸⁶Genco, Robert y Williams, Ray. (2011). Enfermedad Periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico. República de Colombia: Editorial Colgate.

Las enfermedades periodontales incluyen dos categorías generales basadas en si hay pérdida ósea o pérdida de inserción: gingivitis y periodontitis. La gingivitis es considerada una forma reversible de la enfermedad, y generalmente involucra inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de inserción de tejido conectivo. (p. 5).

Consultando la información del artículo de Pérez⁸⁷ (2011) se puede citar que: “La higiene bucal es la clave para el éxito terapéutico en pacientes con gingivitis, pues muchos fracasos en el control de la enfermedad periodontal pueden atribuirse a una insuficiente limpieza de la cavidad”. (p. 5).

Consultando la información disponible del sitio web de Palma et al.⁸⁸ (2010) se puede citar que: “Cuanto más temprano se empieza con la higiene oral, menores son las probabilidades de que el niño desarrolle caries”. (p. 4).

Índice de higiene oral.

Investigando la obra de Echeverría⁸⁹ (2002) se puede conocer que:

Los criterios del IHO-S se basan sobre dos componentes: la extensión coronaria de la placa y la extensión coronaria del cálculo supragingival. Para obtención se mide la presencia de placa y cálculo de las superficies vestibulares del índice superior derecho, del incisivo central inferior izquierdo, de los primeros molares superiores y en la superficie lingual de los dos primeros molares inferiores.

Los criterios para el registro del IR son los siguientes

0: no hay placa ni manchas

1: residuos blandos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente examinado

2: residuos blando que cubren más de una tercera parte, pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.

3: residuos blandos que cubren más de la dos terceras partes del diente.

⁸⁷Pérez, Bernardo. (2011). Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_9_11/san01911.pdf

⁸⁸Palma et al. (2010). Guía de Orientación para la Salud Bucal en los Primeros años de Vida. [En línea]. Consultado: [6, de abril, 2014] Disponible en: <http://www.odontologiaparabebes.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf>

⁸⁹Echeverría, Jose. (2002). El Manual de Odontología. Reino de España: Editorial Masson.

El IHO-S se obtiene a partir del promedio de los dos subíndices, IR e IC. La escala de valoración es la siguiente: 0,0- 1,2: buena higiene oral, 1,3- 3,0: higiene oral regular, 3,1 – 6,0: mala higiene oral. (p.26 y 27).

2.11. Placa bacteriana.

Razonando la obra de Iglesias y Gutiérrez⁹⁰ (2009) se puede referenciar que:

Se define como una estructura blanda, adherente, pegajosa y tenaz, formada por colonias de bacterias y matriz antibacteriana, que se deposita sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales, cuando no se practican métodos adecuados de higiene bucal. (p. 204).

Analizando la obra de Sanchez y Palma⁹¹ (2013) se puede citar que:

En esta placa se puede diferenciar dos estructuras, placa adherida es aquella que se encuentra unida al diente y que tiene a calcificarse, formando cálculos y contribuyendo a ocasionar lesiones de caries radiculares; placa no adherida es la placa que no llega a unirse al diente, y que avanza en dirección apical, contribuyendo a la periodontitis, y que está constituida principalmente por bacterias móviles de cepas gram positivas. (p. 350).

Examinando la obra de Bascones⁹² (2009) se puede conocer que:

Se trata de un material blando que se adhiere al diente, compuesto por microorganismos y sus productos bacterianos, y que no es fácilmente eliminado por enjuagatorios con agua. Las bacterias se encuentran unidas entre sí por una sustancia antimicrobiana. Es el primer agente etiológico de la gingivitis y de la periodontitis.

Se utiliza el término placa para describir la asociación de bacterias a la superficie dentaria. Según su relación con el margen gingival, diferencia la placa fundamental en dos categorías Supragingival y Subgingival⁹³.

Placa Supragingival.

En un comienzo no es visible clínicamente a no ser que no sea teñida por pigmentos o sustancias reveladoras. Según su desarrollo y acumula la placa se hace visible como una masa globular con una superficie modular cuyo color varía de gris, a gris-amarillento o amarillo.

La placa supragingival se desarrolla en el tercio gingival de los dientes, sobre todo en las áreas fisuradas, rugosas y márgenes desbordantes de restauraciones dentales.

⁹⁰Iglesias, Pedro y Gutiérrez, Enrique. (2009). Técnicas de Ayuda Odontológica/ Estomatológica. Reino de España: Editorial S.A. Editex.

⁹¹Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (2ª ed.). Reino de España: Paraninfo.

⁹²Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

Placa Subgingival.

Aunque la estructura de esta placa sea en algunos aspectos similar a la placa Subgingival, los tipos de microorganismo son predominantes difieren de los que se encuentren coronalmente al margen gingival. La morfología del surco gingival y de la bolsa periodontal hace que estos organismos estén menos sujetos a las actividades auto limpiantes de la boca. Índice de la placa bacteriana. (pp. 91, 113 - 115).

Estudiando la obra de Echeverría⁹³ (2002) se puede referenciar que:

Este índice mide el grosor de la placa y no su extensión; se realiza sin tinción de placa y las puntuaciones son las siguientes:

0: ausencia de placa

1: placa no visible pero que puede extraerse del tercio gingival del diente con un explorador.

2: placa visible.

3: placa abundante. (p. 27).

2.11.1. Registro de la Placa Bacteriana.

Considerando la obra de Bascones⁹⁴ (2009) se puede citar que:

0: cuando no hay placa.

1: cuando hay placa solo en algunos puntos.

2: cuando hay placa en menos de la mitad de las 4 caras examinadas.

3: cuando hay placa en más de la mitad de las caras examinadas. (p. 173).

2.11.2. Medidas de placa bacteriana.

Observando la obra de Genco et al.⁹⁵ (1993) se puede conocer que:

Debido a que la placa está relacionada con la presencia y gravedad de enfermedad periodontal es casi un hecho que cualquier estudio epidemiológico de enfermedad periodontal, ya sea descriptivo, analítico o experimental, debe tomar en cuenta la extensión, el carácter de la acumulación de placa o ambos. Una de las primeras técnicas de medida sistemática de placa que aparece en la literatura del planeó Ramfjord (1959) como una parte del PDI. Se evalúan los mismos seis dientes para placa como se miden para gingivitis. Esta técnica la nidificaron después de Schick y Ash (1961) para restringir el examen a la

⁹³Echeverria, Jose. (2002). El Manual de Odontología. Reino de España: Editorial Masson.

⁹⁴Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

⁹⁵Genco, Roberto et al. (1993) Periodoncia. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Interamericana.

mitad gingival de la superficie dental, vestibular y lingual se valora después de teñirla con solución café de Bismarck. (p. 104).

2.11.3. Formación de la placa bacteriana.

Comparando la obra de Bascones⁹⁶ (2009) se puede referenciar que:

Nada más limpiar un diente, al poco tiempo, se deposita sobre la superficie dentaria la película adquirida que es el primer paso necesario previo para el acumulo de las bacterias y células. La película es acelular y aparece aproximadamente a las 2 horas después de realizar la profilaxis. La cantidad de formación de placa depende de la buena o mala higiene oral y está en relación directa con la misma. (p. 93).

2.12. Cálculo dentario.

Investigando la obra del autor Carranza y Sznajder⁹⁷ (1986) se puede citar que “Cálculos son masas calcificadas y adherentes que se forman sobre la superficie del diente. Pueden ser supragingivales o subgingivales, según se localicen por encima o por debajo del margen gingival”. (p. 39).

Razonando la obra de Universidad Juárez Autónoma de tabasco⁹⁸ (2007) se puede referenciar que:

Grado 0: ausencia de cálculos

Grado 1: calculo supragingivales que cubre no más de 1/3 de la superficie dentaria.

Grado 2: cálculos supragingivales que cubren más de 1/3 pero menos de 2/3 de la superficie dentaria.

Grado 3: calculo supragingivales que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria. (p. 155).

2.12.1. Cálculos supragingivales.

⁹⁶Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

⁹⁷Carranza, Ferrin y Sznajder, Norma. (1986). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

⁹⁸Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. (2007). Memorias de la Semana de Divulgación y Video Científico UJAT 2007. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Secretaria de Servicios Académicos.

Analizando la obra de Carranza y Sznajder⁹⁹ (1986) se puede citar que:

Son de color blanco o blanco amarillento y pueden ser coloreados por sustancias exógenas como tabaco, café, etc. Su consistencia es arcillosa y no se adhieren con mucha fuerza a la superficie del diente. Se localizan con más frecuencia en las caras dentarias vecinas a los conductos excretores de las glándulas salivales, o sea: en vestibular de primeros molares y segundos molares superiores, vecinos al conducto de Stenon, excretor de la parótida y el lingual de los incisivos inferiores, vecinos a los conductos de Wharton, excretores de las glándulas submandibulares, y a los conductos excretores de las glándulas sublinguales. Los cálculos supragingivales se localizan, además, en dientes en mal posición o fuera de función por masticación unilateral o por falta de antagonistas, y su cantidad es mayor en bocas con mala higiene. Los cálculos supra gingivales comienzan a depositarse en los espacios entre los dientes, aumentan su volumen por aposición de nuevas capas y forman un puente por encima de la papila interdental. (pp. 39-40).

2.12.2. Cálculos Subgingivales.

Examinando la obra de Carranza y Sznajder¹⁰⁰ (1986) se puede conocer que:

La inflamación crónica provocada por la placa lleva frecuentemente a la formación de bolsas periodontales. Los cálculos formados dentro de la bolsa periodontal y por lo tanto debajo del margen gingival, se llaman cálculos subgingivales; no son la causa de la formación de la bolsa sino una manifestación concomitante de ésta. Los cálculos subgingivales son, por lo general, de color oscuro, negro o verdoso, aunque a veces pueden ser blancuzcos; son densos y duros, de consistencia pétrea y chatos; se localizan en cualquier cara y diente, y pueden tomar una de las siguientes formas: Nodular: en forma de placas de bordes más o menos regulares y chatos. Nodular con prolongaciones: similar a la anterior pero con bordes irregulares y extensiones digitiformes. Islotes aislados: placas pequeñas y numerosas separadas por espacios sin depósitos. Rebordes: sectores alargados y angostos (no más de 1mm), que se extienden alrededor de todo el diente o una de sus caras. (p. 40).

2.2. Unidades de observación y análisis.

Los Ancianos del Centro Gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo.

⁹⁹Carranza, Ferrin y Sznajder, Norma. (1986). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

¹⁰⁰Carranza, Ferrin y Sznajder, Norma. (1986). Compendio de Periodoncia. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.

2.3. Variables.

2.3.1. Variable dependiente.

-Enfermedad periodontal (gingivitis).

2.3.2. Variable independiente.

-Edad de los pacientes.

-Sexo.

-Estado de la encía.

-Higiene Bucal.

-Factores de Riesgo.

2.4. Matriz operacionalización de las variables.

(Ver anexo 2).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

La modalidad de esta fue la investigación de campo, pues la misma consistió en el análisis sistémico del problema; describirlo, determinar su presencia, analizar sus causas y efectos.

3.2. Nivel o tipo de investigación.

En el presente estudio se aplicó la investigación descriptiva y de corte transversal que dio la información necesaria, con el propósito de discernir la problemática para después resolver el problema.

3.3. Métodos.

Se revisó las historias clínicas médicas de los pacientes del centro Gerontológico “Guillermina Loo” de Portoviejo en estudio para obtener datos particulares entre los cuales también se incluyen las enfermedades sistémicas diagnosticadas que sirven de indicio como factor de riesgo. Se realizó un examen odontológico utilizando una matriz de hallazgos clínicos de color, contorno, consistencia, textura, tamaño y sangrado que se los evidencio en una ficha elaborada para el efecto en la cual se incluyen también cuadro de Loes y Silness e higiene oral simplificada. (Ver anexo 3).

3.4. Técnicas.

Observación.

3.5. Instrumentos.

- Matriz de observación de hallazgos clínicos de la encía
- matriz de observación de loes y silness para observar su estado gingival
- matriz de observación de higiene oral simplificado para observar placa, calculo y si su higiene bucal fue buena, regular o mala.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

- Investigadora.
- Tutor.

3.6.2. Materiales.

- Espejo bucal
- Guantes
- Gafas protectoras
- Algodón
- Baberos
- Un cuaderno de datos
- Plumas
- Una resma de papel

3.6.3. Tecnológicos.

- Tinta negra
- Tinta a color
- Cd- DVD
- Utilización de servicios de red (horas de internet)
- Proyector (presentación de la tesis)
- Cámara fotográfica.

3.6.4. Económicos.

El presupuesto de esta investigación fue asumido totalmente por la investigadora tuvo un costo aproximado de \$ 282,15. (Ver anexo 4).

3.7. Población y Muestra.

La población sujeto de la presente investigación, fueron los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loo” de la ciudad de Portoviejo que durante el periodo de la investigación es de 75 pacientes.

3.7.1 Criterios de inclusión.

Pacientes con piezas dentales naturales que contengan desde una pieza en adelante.

3.7.2 Criterios de exclusión.

Pacientes edentulos totales.

3.8. Recolección de la información.

La recolección de información para la presente investigación se obtuvo en base a la inspección visual de la cavidad oral a los pacientes ancianos sujetos al

estudio. Así como con la información recabada en las fichas medicas individuales para luego ser procesada de acuerdo a como se describe en el punto 3.9 de la presente investigación.

Inspección: Para una mayor objetividad, la principal herramienta para recolección de la información fue la inspección visual de la cavidad bucal de los sujetos de estudio, de esta forma se determinó la presencia de gingivitis.

3.9. Procesamiento de la información.

La información estadística se la proceso con el software de cálculo “Microsoft office Excel 2010” del paquete informático “Microsoft Office 2010”. Los resultados se representaron mediante tablas y gráficos. Se utilizó las funciones de: frecuencias y tablas.

3.10. Ética.

Con la finalidad de legitimar los resultados de la presente investigación, y precautelando el bienestar y la identidad de los pacientes del Centro Gerontológico “Guillermina Loo” de Portoviejo. Se diseñó una carta de consentimiento informado que fue firmada por cada uno de los pacientes que participen en el estudio.

Dicho consentimiento fue la voluntad expresa de cada uno de los sujetos de someterse a al estudio detallado en la sección del método, además de un explicación clara y sencilla de en qué consistió tal estudio; como punto final el sujeto permitió el uso de la información recolectada para el uso exclusivo de la investigadora en el presente trabajo. (Ver anexo 5).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de resultados.

Cuadro 1.

Distribución porcentual de población según Sexo.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje
Femenino.	43	57%
Masculino.	32	43%
Total.	75	100%

Nota: Distribución porcentual de población según sexo en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

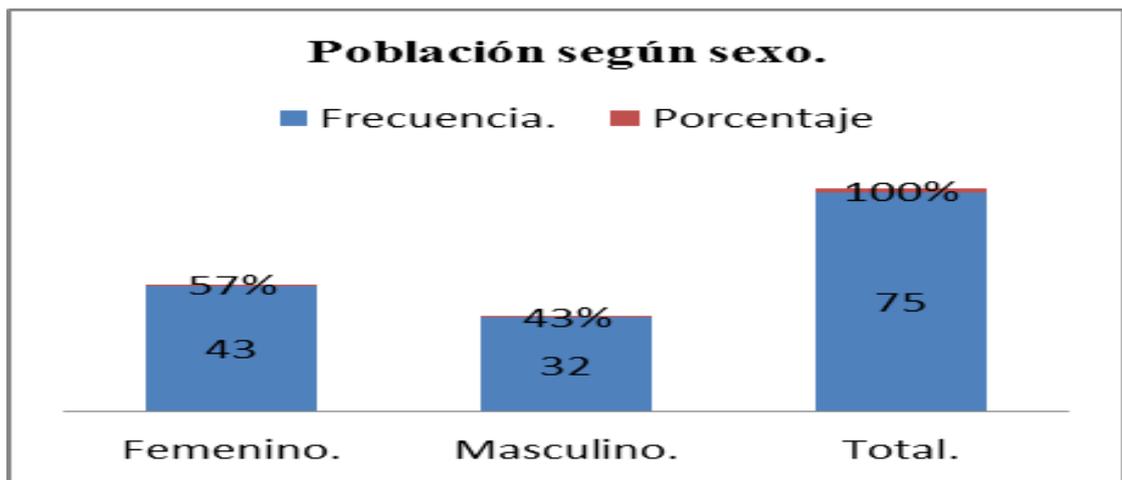


Gráfico 1. Distribución porcentual de población según sexo en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e Interpretación de los resultados.

Según el gráfico #1 el total de la muestra corresponde a 75 pacientes de los cuales 32 fueron de sexo masculino que representan el 43% y 43 pacientes de sexo femenino que corresponden al 57%.

Consultando la información disponible de la revista Scielo ¹⁰¹ (2009) se puede concluir que:

El estudio clínico reveló que 36 de los 65 encuestados 20 son mujeres y 16 son hombres. La distribución por edades aparece en la tabla. El número de afectados entre 60 a 69 fue de 28 de los cuales 16 fueron mujeres y 12 hombres. El total de afectados en las edades de 70 a 79 fue de siete de los cuales tres fueron mujeres y cuatro hombres. La única persona afectada mayor de 80 años fue del sexo femenino. (párr. 29).

En la investigación realizada se encontró como mayor frecuencia la presencia de género femenino lo cual coincide con el estudio realizado en revistas Scielo donde se pudo comprobar que de los pacientes afectados 20 son mujeres y 16 son hombres. El número de afectados entre 60 a 69 fue de 28 de los cuales 16 fueron mujeres y 12 hombres. El total de afectados en las edades de 70 a 79 fue de siete de los cuales tres fueron mujeres y cuatro hombres. La única persona afectada mayor de 80 años fue del sexo femenino, se pudo comprobar que se obtuvo un mismo resultado donde el sexo femenino prevalece.

¹⁰¹Ruiz, Héctor et al. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

Cuadro 2.

Distribución porcentual de Población según la edad.

Alternativas	Total.	Porcentaje.
51-60	5	7%
61-70	20	27%
71-80	20	27%
81-90	25	33%
>90	5	7%
Total.	75	100%

Nota: Distribución porcentual de Población según la edad en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

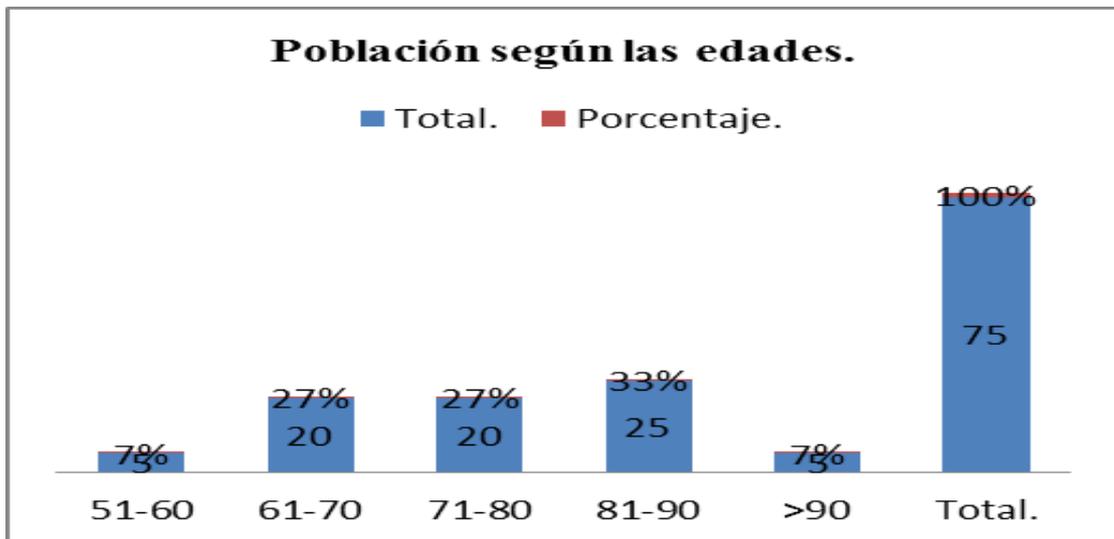


Gráfico 2. Distribución porcentual de Población según la edad en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

Según el gráfico #2 el total de los pacientes según grupo etarios corresponde a 75 pacientes de los cuales 5 pacientes tuvieron entre 51-60 años que representan al 7%, 20 pacientes tuvieron entre 61-70 que representan al 27%, 20 pacientes tuvieron 71-80 que representan al 27%, 25 pacientes tuvieron 81-90 que representan al 33% y 5 pacientes tuvieron más de 90 años que representan al 7%.

Debido a que no existe referencia o sustento bibliográfico que permita comparar con un estudio similar, sobre estadística de asilados en centros geriátricos, se pudo afirmar en este estudio que las edades con mayor frecuencia fueron de 81-90 años y los de menor frecuencia fueron entre las edades de 51-60 y los de mayores a 90 años.

Cuadro 3.

Distribución del total de pacientes con piezas dentarias y edentulos.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Pacientes con piezas dentarias.	46	61%
Pacientes edentulos totales.	29	39%
Total.	75	100%

Nota: Distribución del total de pacientes con piezas dentarias y edentulos en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

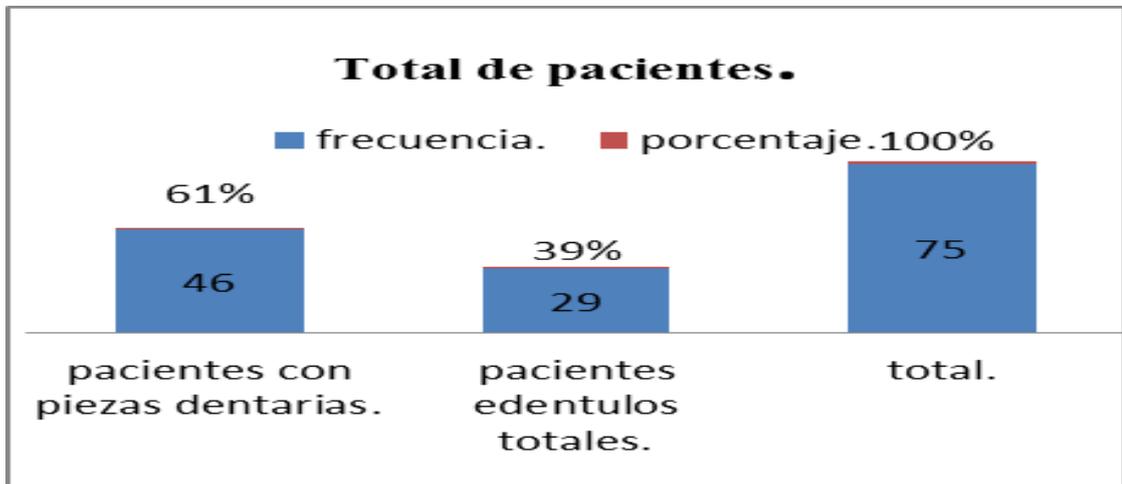


Gráfico 3. Distribución del total de pacientes con piezas dentarias y edentulos en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e Interpretación de los resultados.

Según el gráfico #3 refiere que de un total de 75 pacientes, 46 de ellos presentaron piezas dentarias que representan el 61% y 29 de ellos fueron pacientes edentulos totales lo que representa el 39%.

Consultando la información de la tesis de Matus¹⁰² (2011) concluye que: “El 53% de las personas adultas mayores estudiadas han perdido la totalidad de sus dientes y el 38,4% con pérdida dental parcial que requiere de rehabilitación protésica para satisfacer la capacidad masticatoria” (p.24).

El reemplazo de las piezas dentales, depende de muchos factores, como económico, social e incluso estado general de la cavidad bucal de pacientes ya que muchos no pueden recibir rehabilitación protésica , En el estudio se pudo determinar que tenemos mayor frecuencia en los pacientes que presentaron piezas dentarias y una menor frecuencia en los pacientes edentulos totales.

¹⁰²Matus, Kenia. (2011). enfermedades bucodentales más frecuentes en pacientes geriátricos. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35924/1/matusmoraleskenia.pdf>

Cuadro 4.

Distribución del total de pacientes con o sin Gingivitis.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Pacientes con gingivitis.	46	61%
Pacientes sin gingivitis.	29	39%
Total.	75	100%

Nota: Distribución del total de pacientes con o sin Gingivitis en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

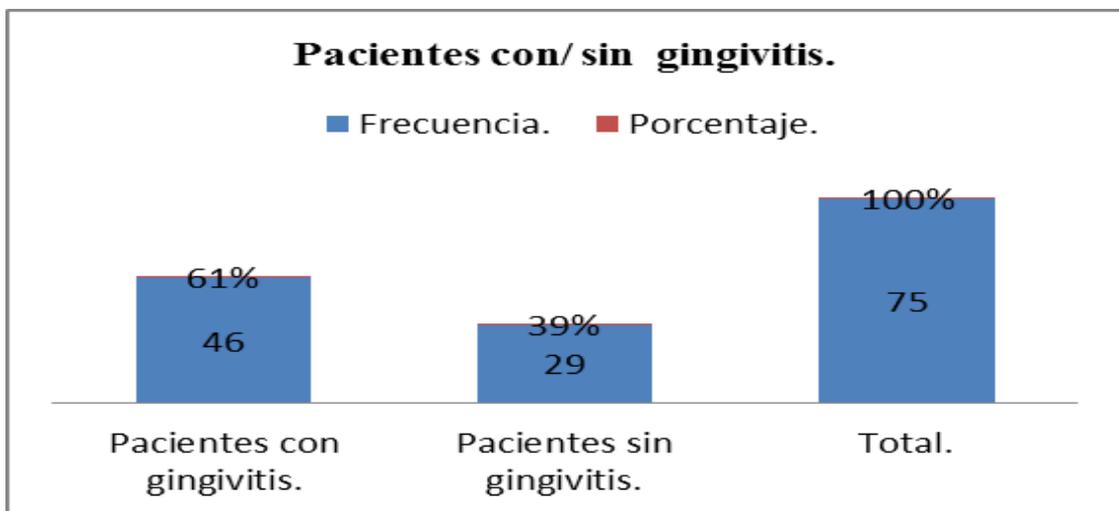


Gráfico 4. Distribución del total de pacientes con o sin Gingivitis en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e Interpretación de los resultados.

Según el gráfico #4 refiere que de un total de 75 pacientes, 46 de ellos presentaban gingivitis que representan el 61% y 29 de ellos no presentaron gingivitis lo que representa el 39%.

En cuanto a lo que en Ecuador se refiere, consultando la información de un estudio de grado realizado por Barreno¹⁰³ (2011) concluye que:

Los estudios realizados por el ministerio de salud demuestran una realidad sumamente compleja ya que el 98% de población ecuatoriana presenta placa bacteriana, el 23,2% tiene cálculo dental, el 38,7% tiene gingivitis y un 82,3% presenta sangrado en las encías. (p. 4).

En el estudio evidenció mayor frecuencia en los pacientes que presentan gingivitis en la investigación realizada. Lo que corrobora Barreno que en el Ecuador la población ecuatoriana presenta placa bacteriana en mayores proporciones.

¹⁰³Barreno, Jeanet. (2011). Proyecto Educativo para Promover la Higiene Buco-Dental en los Niños de la Escuela Fiscal Mixta 17 de Julio de la comunidad Miguicho Adentro, cantón Santa Ana, provincia de Manabí.. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2040/1/104T0003x.pdf>

Cuadro 5.

Distribución del total de pacientes con gingivitis con prótesis dental.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Prótesis total con dientes antagonistas naturales	2	4%
Pacientes con prótesis parcial.	5	11%
Pacientes sin prótesis.	39	85%
Total.	46	100%

Nota: Distribución del total de pacientes con gingivitis con prótesis dental en el centro gerontológico “Guillermina Loo”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

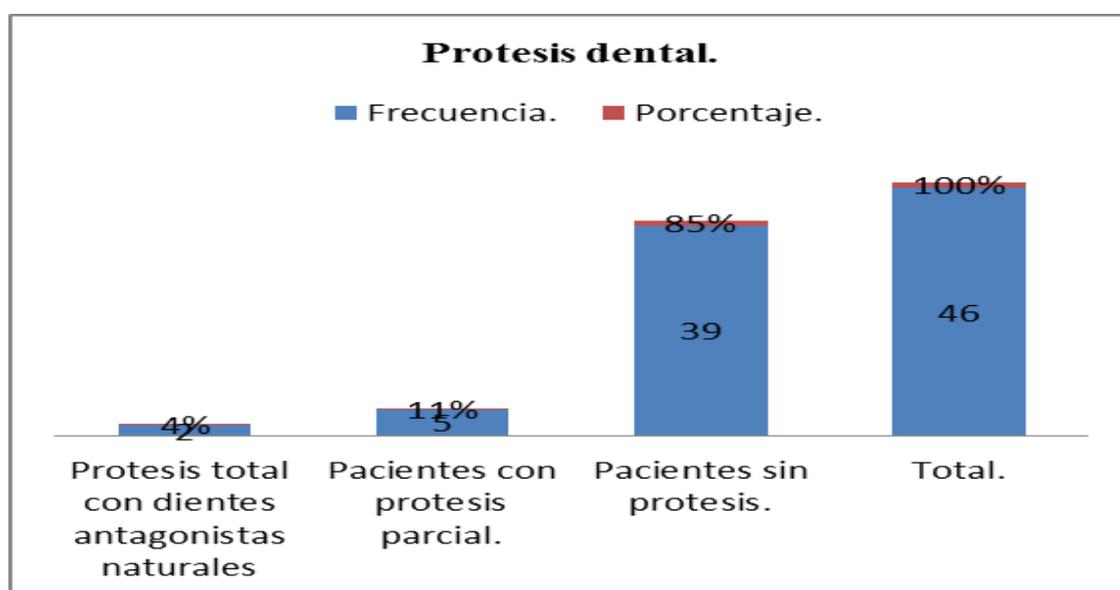


Gráfico 5. Distribución del total de pacientes con gingivitis con prótesis dental en el centro gerontológico “Guillermina Loo”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e Interpretación de los resultados.

El gráfico #5 sobre la prótesis dental obtenido de los 46 pacientes con gingivitis del centro gerontológico “Guillermina Loor”, 2 de ellos presentaron prótesis total pero con piezas dentales naturales en la arcada antagonista, que representan 4%, 5 de ellos presentaron prótesis parcial que representan al 11%, 39 de ellos no presentaron prótesis que representa el 85%.

Consultando la información publicada en la revistas bolivianas¹⁰⁴ (2012) se puede referenciar que:

La ausencia parcial o total de piezas dentarias en pacientes adultos mayores es aún una condición que les es característica y que para gran parte de la población es un estado "propio y normal" de ésta etapa de la vida. Cuando el paciente sufre la pérdida de uno o más dientes, es recomendable su reemplazo tan pronto como sea posible Si el estado bucal existente o motivaciones de costo determinan que es candidato a ser portador de prótesis removible, es fundamental establecer el diseño protésico más adecuado a la cantidad y ubicación de los dientes que permanecen la cavidad bucal; una prótesis removible de diseño inadecuado o con una distribución poco equitativa de las cargas oclusales es la principal causa de la pérdida progresiva del reborde alveolar, lo que genera desajuste de las prótesis y en no pocos casos la rápida evolución hacia la prótesis total.

La falta de limpieza y cuidado de estos aparatos protéticos pueden ocasionar irritaciones, hiperplasias, infecciones y hongos al lugar de asiento de la prótesis. (p. 24).

Según el estudio determino que los pacientes con ausencia de prótesis dental tenían mayor frecuencia y con menor frecuencia los pacientes que presentan prótesis total, Teniendo en consideración que lo pacientes que presentaron prótesis total solo la presentaban en la parte superior de la cavidad bucal mientras que presentaron dientes en el maxilar inferior en el que se les realizo el estudio. Según revistas de investigación nos indican que es muy importante que las prótesis removibles tengan un

¹⁰⁴Surco, Víctor. (2012). Alteraciones Gingivales en Adultos Mayores. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000200009&script=sci_arttext

buen diseño protésico y distribuyan bien sus cargas oclusales para así evitar la pérdida del reborde alveolar lo que genera desajuste de la prótesis y la evolución hacia la prótesis total.

Cuadro 6.

Distribución de Total de la matriz de adaptación de la prótesis.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje
Mal adaptado.	4	57%
Bien adaptado.	3	43%
Total.	7	100%

Nota: Distribución de total de la matriz de adaptación de la prótesis .en el centro gerontológico “Guillermina Loo”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

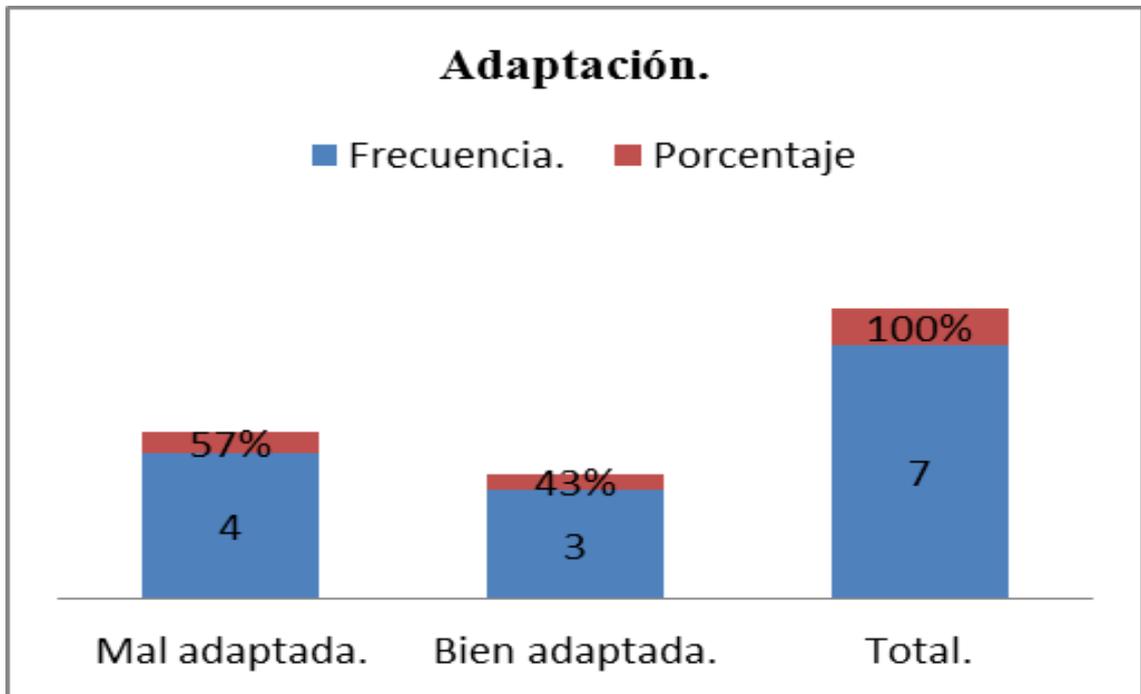


Gráfico 6. Distribución de total de la matriz de adaptación de la prótesis .en el centro gerontológico “Guillermina Loo”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e Interpretación de los resultados.

El gráfico #6 obtenido del total de los 7 pacientes que presentaron prótesis dental, 4 de ellos mostraron prótesis mal adaptada, que representan 57% y 3 de ellos mostraron prótesis bien adaptada que representan 43%.

En la investigación realizada se determinó que hubo mayor frecuencia en los pacientes con prótesis dental mal adaptadas, lo cual por características encontradas nos corrobora lo expuesto por lo publicado en la revista scielo.

Consultando la información publicada en la revista Scielo¹⁰⁵ (2010) se puede referenciar que:

Cuando no está indicada una prótesis fija, la prótesis parcial removible (PPR) puede ser el tratamiento de elección para la restauración de rebordes parcialmente edéntulos. Aun cuando la PPR es un medio para reemplazar dientes perdidos puede volverse una amenaza para los dientes remanentes de los pacientes debido a que puede incrementar la incidencia de caries, afectar el periodonto y aumentar la cantidad de fuerzas sobre los pilares. Estas alteraciones se atribuyen a una higiene oral deficiente, incremento de la placa bacteriana y acumulación de cálculos, además de la transmisión de fuerzas excesivas a las estructuras periodontales a partir de la estructura metálica de la PPR (p. 25).

¹⁰⁵Medina, Ardilla. (2010). Efectos de la protesis parcial removible sobre la salud periodontal. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000200003

Cuadro 7.

Hallazgos clínicos de la encía: color.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Rosa.	1	2%
Rojo brillante.	38	83%
Rojo azulado.	7	15%
Total.	46	100%

Nota: Hallazgos clínicos de la encía: color realizado a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

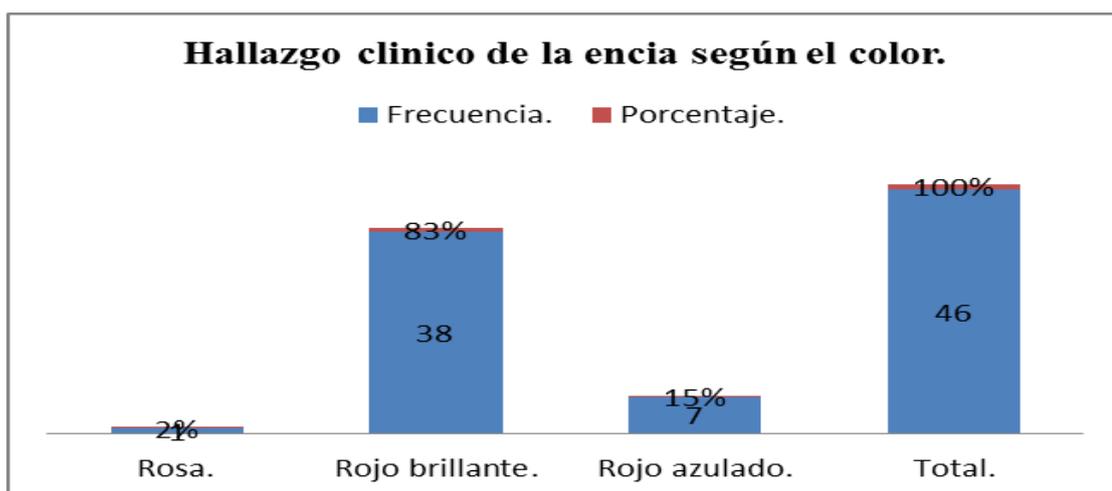


Gráfico 7. Hallazgos clínicos de la encía: color realizado a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis es interpretación de los resultados.

El gráfico #7 de los 46 pacientes con gingivitis la característica clínica del color se presenta de la siguiente forma, 1 paciente con encía color rosa que representa al 2%, 38 pacientes con encía color rojo brillante que representa al 83%, 7 pacientes con color rojo azulado que representa al 15%.

Analizando la obra de Morales¹⁰⁶ (2007) podemos conocer que: “presenta un color pálido el cual puede variar dependiendo de la cantidad de melanina, aporte sanguíneo, espesor del tejido y grado de queratinización”. (p. 11).

Estudiando la obra de Bascones¹⁰⁷ (2010) podemos conocer que:

Color, se altera inicialmente en la patología gingival y periodontal. En condiciones normales es rosado coral, en función del aporte vascular.

Es más rojo cuando la vascularización aumenta o disminuye la queratinización o el grosor del epitelio. Toda la inflamación crónica aumenta color rojizo que puede variar a un rojo azulado. El tono azulado se debe a la estasis venosa. (p. 11).

De los datos obtenidos el estudio indica que la mayor prevalencia de color fue rojo brillante, y un mínimo hallazgo de encía color rosa, estas características están soportadas con lo manifestado por Bascones, esto se lo pudo evidenciar debido a que todos los pacientes presentaban gingivitis.

¹⁰⁶Morales, Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriátría y Gerontología: Tomo III. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial EUNED.

¹⁰⁷Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

Cuadro 8.

Hallazgo clínico de la encía según contorno.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Festoneada	2	4%
Piramidal	21	46%
Filo de cuchillo	23	50%
Total.	46	100%

Nota: Hallazgos clínicos de la encía: contorno realizado a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

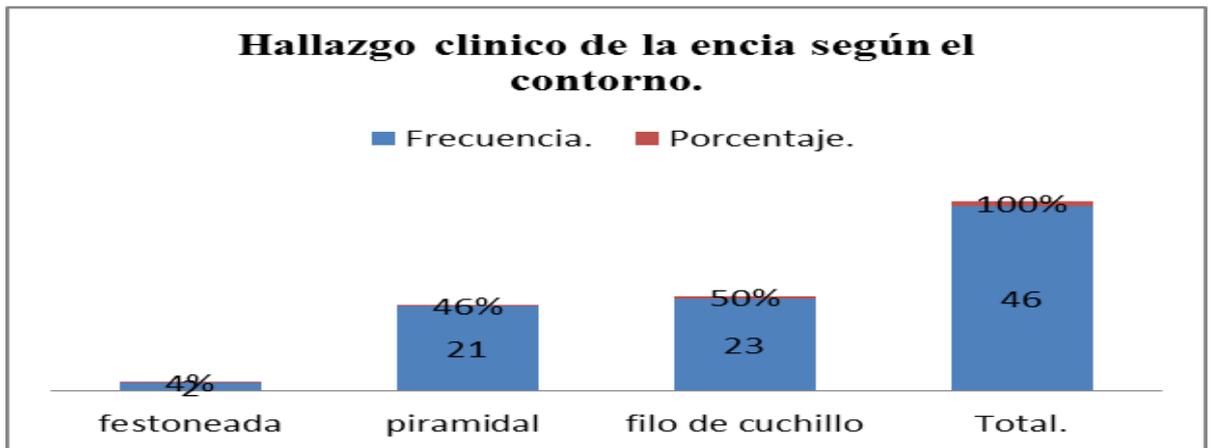


Gráfico 8. Hallazgos clínicos de la encía: contorno realizado a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

El grafico #8 de los 46 pacientes con gingivitis la característica clínica del contorno se presenta de la siguiente forma, 2 pacientes con encía festoneada que representa al 4%, 21 pacientes con encía piramidal que representa al 46%, 23 pacientes con encía filo de cuchillo que representa al 50%.

Observando la obra de Lindhe¹⁰⁸ (2009) se puede referenciar que:

Contorno: festoneado que rodea la pieza. La papila gingival llena los espacios interdentario mientras que el margen gingival termina en filo de cuchillo bordeando la pieza dentaria, gingivitis, edema del margen gingival se pierde el filo de cuchillo y la adaptación a la pieza dentaria; la papila toma forma bulbosa lo cual minimiza el festoneado tisular. (p. 12).

El contorno festoneado se observó en mínimo porcentaje, pero filo de cuchillo y piramidal fueron los más frecuentes en el estudio lo que indica que son signos de la gingivitis con alto valor diagnostico los cuales deben de ser considerados al momento de la recolección de hallazgos clínicos esto coincide con lo manifestado por Lindhe.

¹⁰⁸Lindhe, Jan. (2009). Periodontología clínica e Implantología odontológica: tomo II. (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.

Cuadro 9.

Hallazgos clínicos de la encía: consistencia.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Firme	0	0%
Blanda	20	43%
Edema	26	57%
Total.	46	100%

Nota: Hallazgos clínicos de la encía: consistencia realizado a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loo”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

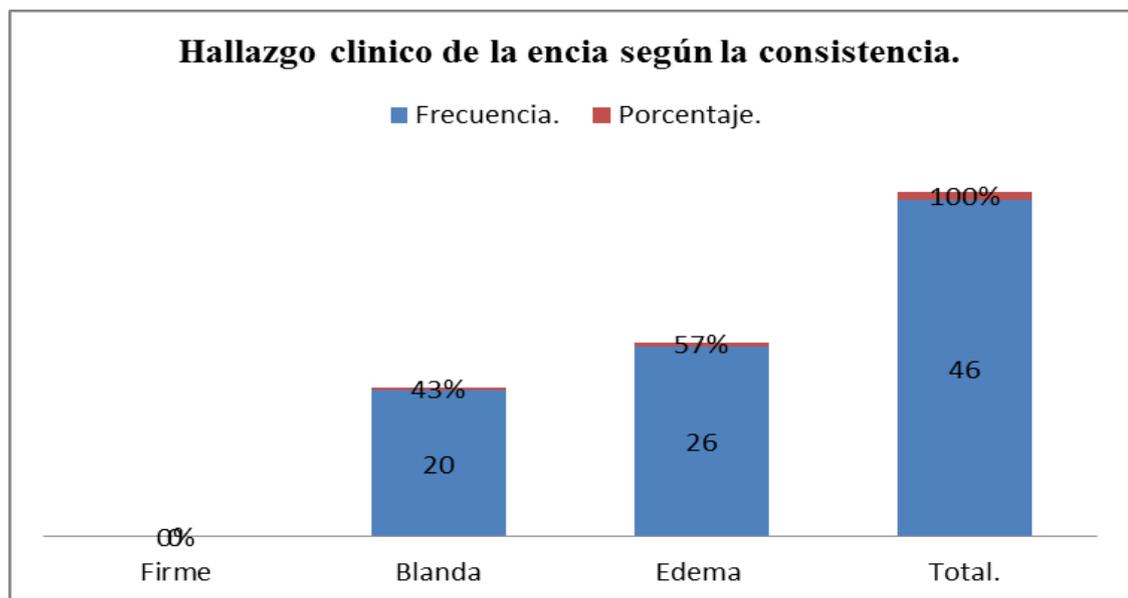


Gráfico 9. Hallazgos clínicos de la encía: consistencia realizada a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loo”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

El gráfico #9 de los 46 pacientes con gingivitis la característica clínica de la consistencia se presenta de la siguiente forma, ningún paciente presentó encía firme que representa al 0%, 20 pacientes con encía blanda que representa al 43%, 26 pacientes con encía edematizada que representa al 57%.

Comparando la obra de Bascones¹⁰⁹ (2009) podemos conocer que: “La consistencia, que en condiciones normales es firme y su textura es punteada. La presencia de inflamación (edema) de una encía blanda y depresible con pérdida del punteado característico (textura brillante o rugosa)”. (p. 13).

De acuerdo a lo encontrado en el estudio se pudo determinar que no se presentó encía firme ya que los pacientes que fueron evaluados presentaron gingivitis, y esta es una condición normal de la encía. Según Bascones Cuando la encía está en condiciones normales es firme y cuando presenta inflamación es blanda o edematizada, por cuanto en el estudio se evidenció que con mayor frecuencia se encuentra la encía de consistencia edematosa que la encía blanda.

¹⁰⁹Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

Cuadro 10.

Hallazgos clínicos de la encía: textura.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Punteada	4	9%
Cascara de naranja	15	33%
Lisa	27	59%
Total.	46	100%

Nota: Hallazgos clínicos de la encía: textura realizada a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

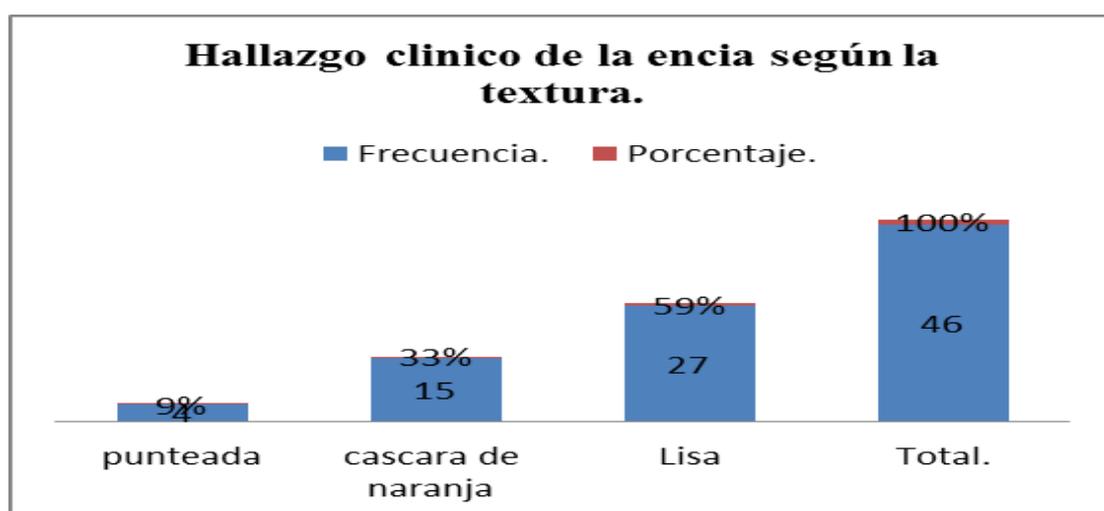


Gráfico 10. Hallazgos clínicos de la encía: textura realizada a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

El grafico #10 de los 46 pacientes con gingivitis la característica clínica de la textura se presenta de la siguiente forma, 4 pacientes con encía punteada que representa al 9%, 15 pacientes con encía cascara de naranja que representa al 33%, 27 pacientes con encía lisa que representa al 59%.

Comparando la obra de Bascones¹¹⁰ (2009) podemos conocer que: “La consistencia, que en condiciones normales es firme y su textura es punteada. (p. 13).

Analizando la obra de Newman, Takei, Klokkevold y Carranza¹¹¹ (2010) en cuanto a gingivitis se refiere podemos conocer que: “La superficie de la encía presenta una textura similar a la de la cascara de naranja, a la que se la conoce como graneada. (p. 12).

En la investigación la textura cascara de naranja y lisas fueron las más frecuentes, teniendo como mayor hallazgo la textura lisa en los pacientes con gingivitis, Según Newman, Takei, Klokkevold y Carranza la encía presenta una textura similar a la de la cascara de naranja y según Bascones cuando la encía esta normal su textura es punteada. Por eso no existe mayor frecuencia de encía punteada en la investigación.

¹¹⁰Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

¹¹¹Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Cuadro 11.

Hallazgos clínicos de la encía: tamaño.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Hipertrofia.	43	93%
Normal.	3	7%
Hipoplasia.	0	0%
Total.	46	100%

Nota: Hallazgos clínicos de la encía: tamaño realizada a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

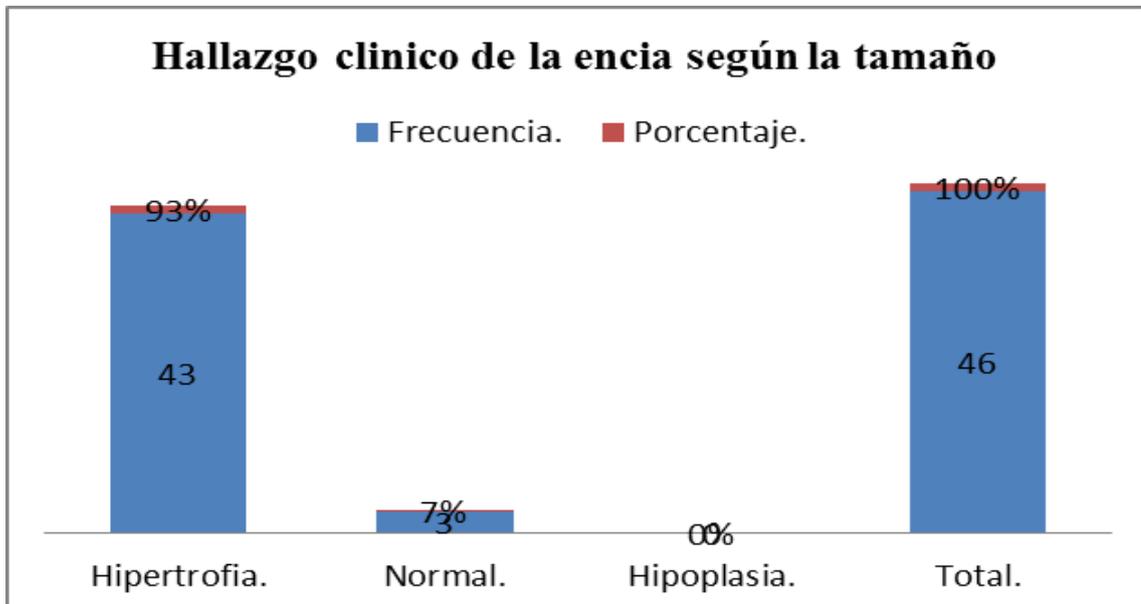


Gráfico 11. Hallazgos clínicos de la encía: tamaño realizado a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

El grafico #11 de los 46 pacientes con gingivitis la característica clínica del tamaño se presenta de la siguiente forma, 43 pacientes con encía hipertrófica que representa al 93%, 3 pacientes con encía normal que representa al 7%, ningún paciente con encía hipoplásica que representa al 0%.

Examinando la obra de Bascones¹¹² (2010) podemos referenciar que: “el tamaño, puede cubrir parte o toda la corona del diente, creando bolsas falsas o relativas. Es frecuente ver esta hipertrofia gingival en las enfermedades gingivales y periodontales y en enfermos que toman hidantoinas”. (p. 12).

De acuerdo a lo encontrado en esta investigación se pudo determinar que hubo una mayor frecuencia de hipertrofia en los pacientes con gingivitis, lo que corrobora lo indicado por Bascones que indica que es frecuente esta hipertrofia gingival en la gingivitis.

¹¹²Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3 Ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.

Cuadro 12.

Hallazgos clínicos de la encía: sangrado.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Positivo.	42	61%
Negativo.	4	39%
Total.	46	100%

Nota: Hallazgos clínicos de la encía: sangrado realizado a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

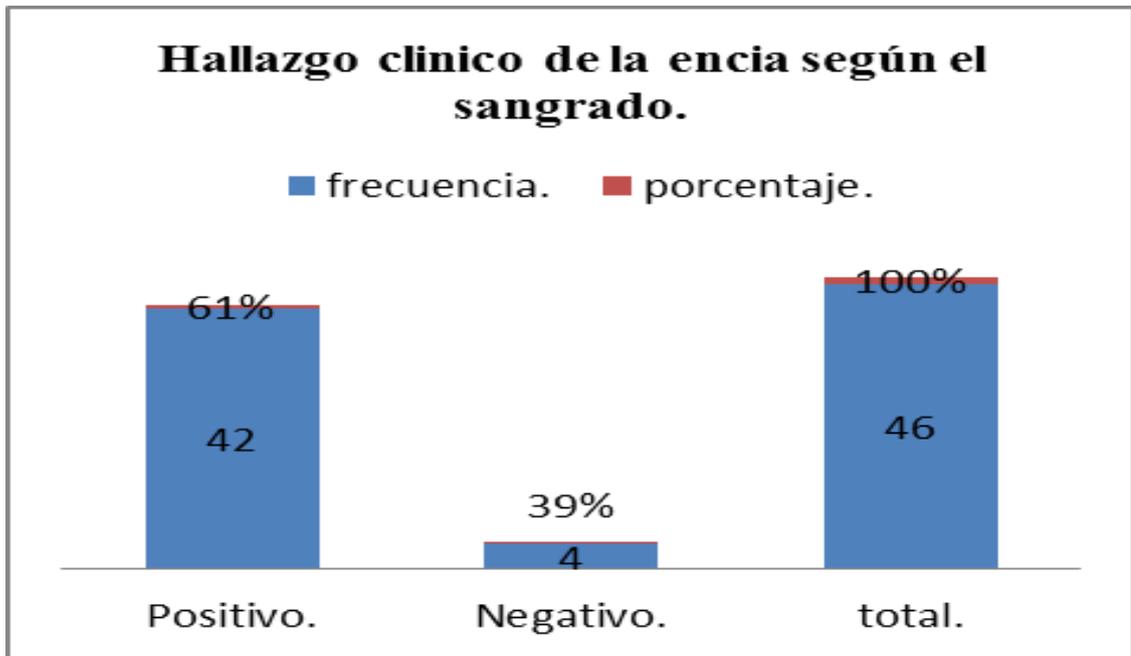


Gráfico 12. Hallazgos clínicos de la encía: sangrado realizado a los pacientes en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

El grafico #12 de los 46 pacientes con gingivitis la característica clínica del sangrado se presenta de la siguiente forma, 42 pacientes con sangrado positivo que representa al 61%, 4 pacientes con sangrado negativo que representa al 39%.

Comparando la obra de Eley, Soory y Manson¹¹³ (2012) podemos citar que:

Sangrado gingival. El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes.

Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suelen atribuirle importancia e incluso lo consideran normal; sin embargo, a menos que el sangrado siga claramente a un episodio de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología.

Es más frecuente al cepillarse los dientes. El sangrado puede estar causado por consumir alimentos duros, manzanas, tostadas, etc., así como por el sondaje del surco gingival o bolsa durante la exploración periodontal.

El sangrado es el sondaje, se ha utilizado como signo de actividad de la enfermedad, pero como ya se ha dicho no es un indicador fiable de la actividad de la patología, y puede constituir el resultado de una examen no juiciosos.

Cuando las encías son extremadamente finas y blandas, el sangrado puede aparecer de modo espontaneo. El paciente percibe el sabor de la sangre, que también se puede notar en olor del aliento.

Si la respuesta del tejido es de sobrecrecimiento fibrosos, no existe sangrado ni incluso con una cepillado de dientes fuerte. (p. 14).

De acuerdo en los hallazgos clínicos presentes en los datos obtenidos se pudo determinar que los pacientes que presentaban gingivitis tenían sangrado positivo, siendo este una característica común e inconfundible de la enfermedad gingival según lo que afirma lo dicho por Eley, Soory y Manson.

¹¹³Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). Periodoncia. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

Cuadro 13.

Tipo de gingivitis.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Leve.	13	28%
Moderada.	16	35%
Severa.	17	37%
Total.	46	100%

Nota: Tipo de gingivitis en los pacientes ancianos atendidos en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

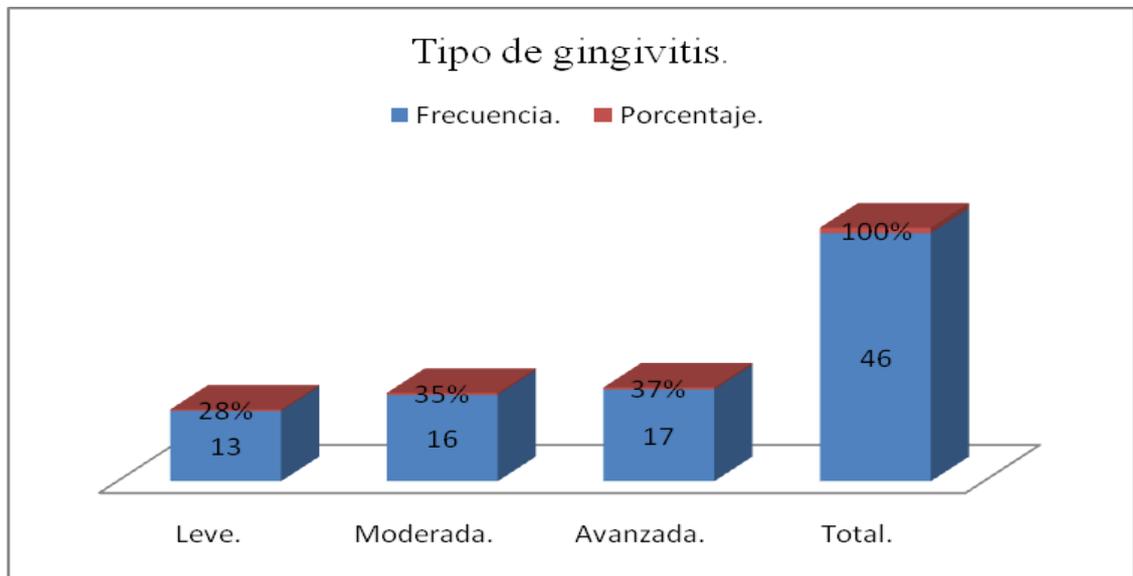


Gráfico 13. Tipo de gingivitis en los pacientes ancianos atendidos en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

El gráfico #13 que refiere al total de 46 pacientes con gingivitis, 13 de ellos presentaron gingivitis leve que representan el 28%, 16 de ellos presentaron gingivitis moderada que representan el 35% y 17 pacientes presentaron gingivitis avanzada que representan al 37%.

Examinando la obra de Bascones¹¹⁴ (2009) se puede conocer que:

0: encía normal.

1: gingivitis leve: cuando hay cambio de color y pequeño cambio de textura.

2: gingivitis moderada: brillo moderado, enrojecimiento, edema e hipertrofia, sangrado a la presión.

3: gingivitis severa: gran enrojecimiento e hipertrofia, sangrado espontáneo y ulceración. (p. 34).

En la investigación se tuvo como mayor frecuencia la gingivitis severa y menor frecuencia la gingivitis leve. Según Carranza y Sznajder la inflamación severa tiene un aumento de color y edema, ulceración y tendencia a hemorragia espontánea, todas estas características son similares a las dichas anteriormente en mi investigación realizada en los pacientes que presentaron gingivitis.

¹¹⁴Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.

Cuadro 14.

Tipo de gingivitis Según grupo etario.

Leve			Moderada			Severa		
Edades.	Frecuencia.	Porcentaje.	Edades.	Frecuencia.	Porcentaje.	Edades.	Frecuencia.	Porcentaje.
51-60	2	15%	51-60	0	0%	51-60	1	6%
61 - 70	2	15%	61-70	5	31%	61-70	6	35%
71-80	5	38%	71-80	6	38%	71-80	3	18%
81-90	4	31%	81-90	5	31%	81-90	6	35%
>90	0	0%	>90	0	0%	>90	1	6%
Total.	13	100%		16	100%		17	100%

Nota: Tipo de gingivitis Según grupo etario en el centro gerontológico “Guillermina Loo”.
Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

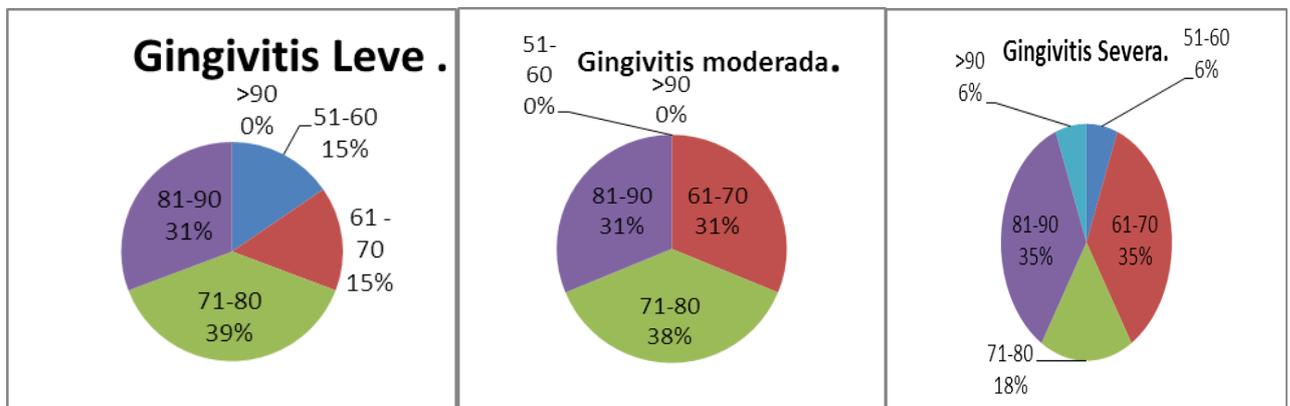


Gráfico 14. Tipo de gingivitis Según grupo etario en el centro gerontológico “Guillermina Loo”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

En los grupos etarios solo del total de los 14 pacientes con gingivitis leve, 2 pacientes estuvieron entre las edades de 51-60 que corresponde al 15%, 2 pacientes estuvieron entre las edades de 61-70 que corresponde al 15%, 5 pacientes estuvieron entre las edades de 71-80 que corresponde al 38%, 4 pacientes entre las edades de 81-90 que corresponde al 31% y ningún paciente tuvo más de 90 años que corresponde al 0%.

Teniendo como mayor frecuencia en los pacientes con gingivitis leve las edades de 71-80 años y como menor frecuencia en los pacientes mayores de 90 años que no presento ningún paciente en la investigación realizada.

En los grupos etarios solo del total de los 16 pacientes con gingivitis moderada, ningún paciente estuvo entre las edades de 51-60 que corresponde al 0%, 5 pacientes estuvieron entre las edades de 61-70 que corresponde al 31%, 6 pacientes estuvieron entre las edades de 71-80 que corresponde al 38%, 5 pacientes entre las edades de 81-90 que corresponde al 31% y ningún paciente tuvo más de 90 años que corresponde al 0%.

Teniendo como mayor frecuencia en los pacientes con gingivitis moderada las edades de 71-80 años y como menor frecuencia en los pacientes mayores de 90 años que no presento ningún paciente en la investigación realizada.

En los grupos etarios solo del total de los 17 pacientes con gingivitis severa, 1 paciente estuvo entre las edades de 51-60 que corresponde al 6%, 6 pacientes

estuvieron entre las edades de 61-70 que corresponde al 35%, 3 pacientes estuvieron entre las edades de 71-80 que corresponde al 18%, 6 pacientes entre las edades de 81-90 que corresponde al 35% y 1 paciente tuvo más de 90 años que corresponde al 6%.

Teniendo como mayor e igual frecuencia en los pacientes con gingivitis severa las edades de 61-70 y 81-90 años y como menor frecuencia en los pacientes mayores de 90 años que solo presento 1 paciente en la investigación realizada.

Consultando la información disponible de la revista Scielo ¹¹⁵ (2009) se puede concluir que:

El estudio clínico reveló que 36 de los 65 encuestados presentaban gingivitis para un 55,38%; que de acuerdo al índice de Russell¹⁴ se clasificaron en gingivitis leve, moderada y gingivitis con bolsa. Ninguno de los encuestados presentó periodontitis con bolsa y movilidad. Se pudo comprobar que de los pacientes afectados 20 son mujeres y 16 son hombres. La distribución por edades aparece en la tabla. El número de afectados entre 60 a 69 fue de 28 de los cuales 16 fueron mujeres y 12 hombres. El total de afectados en las edades de 70 a 79 fue de siete de los cuales tres fueron mujeres y cuatro hombres. La única persona afectada mayor de 80 años fue del sexo femenino (p. 19).

Según los resultado proyectados en la investigación en la gingivitis leve el grupo etario con mayor afectación fue de 71-80 y de 81-90 , en cuanto a la gingivitis moderada los grupos afectados fueron desde los 61 hasta los 90 de manera igualitaria y en la gingivitis severa se afectaron los grupos de 61-70 y 81-90 esto quiere decir que la edad no representa riesgo para ningún tipo de gingivitis en especial más bien cualquier estado de gingivitis puede aparecer en cualquier edad esto se demuestra ya que en el estudio clínico anterior los resultados también difieren

¹¹⁵Ruiz, Hector et al. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

Cuadro 15.

Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis por higiene bucal.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Buena.	4	9%
Mala.	14	30%
Regular.	28	61%
Total.	46	100%

Nota: Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis por higiene bucal atendidos en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

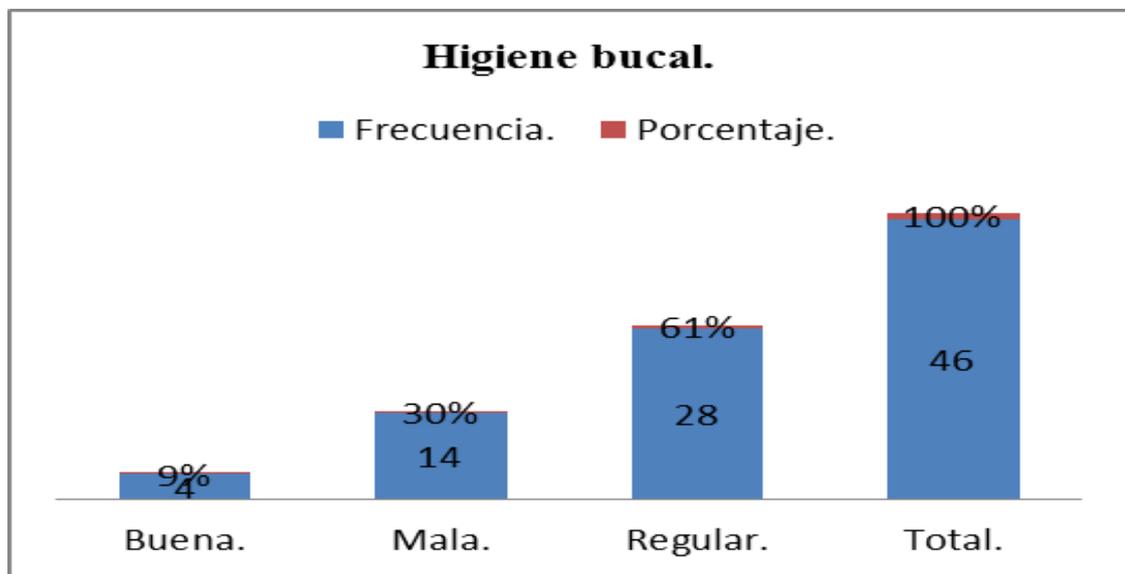


Gráfico 15. Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis por higiene bucal atendidos en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

La higiene bucal en los 46 pacientes con gingivitis observamos los resultados obtenidos, 4 de ellos con una buena higiene bucal que representan 9 %, 14 de ellos con mala higiene bucal que representan el 30% y 28 pacientes con higiene bucal regular que representa el 61 %.

Consultando la información del artículo de Pérez¹¹⁶ (2011) se puede citar que: “La higiene bucal es la clave para el éxito terapéutico en pacientes con gingivitis, pues muchos fracasos en el control de la enfermedad periodontal pueden atribuirse a una insuficiente limpieza de la cavidad” (p. 35).

En el estudio realizado se determinó como mayor frecuencia una higiene bucal regular Y como menor frecuencia una higiene bucal buena, ya que los pacientes con gingivitis que fueron observados no tienen una buena salud bucal ni un tratamiento adecuado.

¹¹⁶Pérez, Bernardo. (2011). Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_9_11/san01911.pdf

Cuadro 16.

Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis por factores de riesgo.

Alternativas.	Frecuencia.	Porcentaje.
Hipertensión.	29	63%
Diabetes.	1	2%
Hipertensión y diabetes.	2	4%
Sin enfermedad.	14	30%
Total.	46	100%

Nota: Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis por factores de riesgo atendidos en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

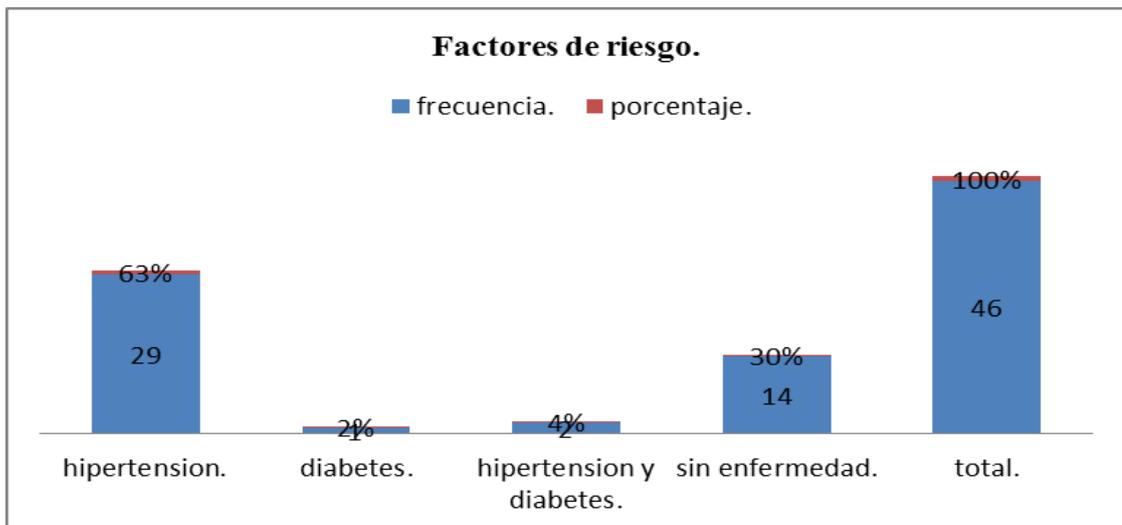


Gráfico 16. Distribución porcentual de los pacientes con gingivitis por factores de riesgo atendidos en el centro gerontológico “Guillermina Loor”. Realizada por autora de esta tesis. (Cap. IV). (pp. 95 y 96).

Análisis e interpretación de los resultados.

El gráfico #16 sobre las enfermedades de riesgo obtenidos del total de los 46 pacientes con gingivitis, 29 de ellos presentaron hipertensión que representan 63 %, 1 de ellos con diabetes que representan el 2%, 2 de ellos con hipertensión y diabetes que representa el 4% y 14 pacientes sin ninguna enfermedad que representa el 30 %.

Teniendo como mayor enfermedad de riesgo la hipertensión y con menor riesgo la diabetes mellitus en la investigación realizada.

Consultando la información del artículo odontología general¹¹⁷ (2013) se puede citar que:

En pacientes hipertensos que no se encuentran bajo control médico, pueden producirse Odontalgias (dolor de un diente de manera espontánea) sin causa aparente, pero ello es debido a una hiperemia pulpar producida por el aumento de la presión sanguínea. Los efectos en la salud oral son múltiples, pero nos centraremos en los tres más frecuentes, la Xerostomía, la Hiperplasia Gingival y la Hipotensión Ortostática. (p. 27).

En la investigación se tuvo como enfermedad de mayor riesgo la hipertensión y con menor riesgo la diabetes mellitus ya que los efectos de la hipertensión en la cavidad bucal son múltiples entre los cuales tenemos xerostomía y la hiperplasia gingival que son características propias de la enfermedad.

¹¹⁷Soronellas, victor. (2013). Hipertensión y Odontología. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: <http://cdz.es/boletin/hipertension-y-odontologia>

CAPITULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

De los resultados obtenidos de la investigación realizada a los pacientes con gingivitis que fueron los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo. Se pudo concluir que:

Con lo referente al tipo de gingivitis se determinó que con mayor frecuencia se encontró la gingivitis severa, seguido de un menor porcentaje por la gingivitis moderada y leve observando que en general la variación entre los estados gingivales de los pacientes de estudio la diferencia es mínima.

En cuanto al tipo de gingivitis por grupo etario, la edad no representa riesgo para ningún tipo de gingivitis en especial, más bien cualquier estado de gingivitis puede aparecer en cualquier edad.

Entre los factores de riesgo que se lograron determinar en el estudio, se encontró que los pacientes presentaron higiene oral regular con un mayor porcentaje y también teniendo con una mayor frecuencia la hipertensión arterial, lo que indica que estos presentan sinergia con la gingivitis.

5.2. Recomendaciones.

Brindar la información necesaria al personal que labora y a los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” acerca de la gingivitis y cuáles son los estados a los que puede llegar sino se tiene la prevención necesaria.

Concienciar a los pacientes ancianos sobre como tener un buen estilo de vida que van desde tener buenos hábitos alimentarios, como mantener una buena higiene oral la importancia y las consecuencias que estas pueden tener con el paso del tiempo si no se las emplea adecuadamente.

El centro gerontológico “Guillermina Loor” debe de tener atención odontológica especializada o realizar campañas de intervención dirigida hacia los asilados.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Fortalecimiento de la salud bucal dirigido al personal que labora en el centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo.

6.1.2. Periodo de ejecución.

ACTIVIDAD	Marzo	
	29	30
Reunión con la líder del centro gerontológico “Guillermina Loor”	x	
Realización de charlas educativa sobre las medidas preventivas e higiene oral para evitar las enfermedades bucales a los pacientes del centro gerontológico “Guillermina Loor”.		X
Entrega de trípticos para promover la aplicación de hábitos alimenticios a los pacientes del centro gerontológico “Guillermina Loor”.		X
Entrega de Banner para fomentar el auto cuidado en salud bucal a los pacientes del centro gerontológico “Guillermina Loor”.		X

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

La propuesta consta con dos tipos de beneficiarios los directos y los indirectos. Los beneficiarios directos están constituidos por los pacientes del centro gerontológico “Guillermina Loor”. Los beneficiarios indirectos lo conforman el personal que labora en el centro gerontológico.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

El centro gerontológico Guillermina Loor se encuentra ubicado en la 12 de marzo y avenida Guayaquil.

6.2. Introducción.

En el centro gerontológico Guillermina Loor no se han realizados estudios acerca de la gingivitis y factores de riesgo, el personal que labora en dicha institución no tiene el conocimiento adecuado para prevenir este tipo de enfermedad que afecta a la salud bucal. Por lo tanto se debería realizar el programa para la institución intervenida, en el cual efectuarían charlas educativas tanto a los pacientes como al personal que labora con el fin de mejorar la higiene bucal. En el caso de los pacientes con enfermedades sistémicas aumenta el riesgo de contraer cualquier tipo de infecciones orales, como es el caso de la gingivitis que pueden ir desde sus formas leves hasta las formas más graves.

6.3. Justificación.

La presente investigación se basa y se justifica, en la necesidad de tener como punto de partida epidemiológico un estudio de referencia sobre la Gingivitis y los factores de riesgo en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo. El objetivo de este proyecto será, mejorar la salud bucal de los ancianos del centro gerontológico que se convierten en los beneficiarios directos del presente trabajo laborando métodos para la prevención y diagnóstico oportuno de las patologías orales para realizar los debidos tratamientos. Esta propuesta es factible porque se cuenta con la autorización y apoyo del personal que labora en el centro gerontológico y es innovador porque a partir de esta propuesta las personas que

laboran en el asilo podrán realizar este tipo de programas para de esta manera llegar a superar las debilidades en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina loor”.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Mejorar la salud bucal de los ancianos a través de charlas al personal que labora en el centro gerontológico “Guillermina Loor”.

6.4.2. Objetivos específicos.

- Incentivar al personal que labora en el centro gerontológico “Guillermina Loor” para que asistan a consultas odontológicas preventivas con los ancianos de dicha institución.
- Instruir al personal que labora en el centro gerontológico “Guillermina Loor”, mediante charlas sobre las medidas de prevención de higiene bucal.
- Capacitar al personal que labora en el centro gerontológico “Guillermina Loor” a través de talleres de cómo se debe realizar una correcta higiene.

6.5. Fundamentación teórica.

Antes de esta investigación no se contaban con datos estadísticos de la gingivitis en éste centro gerontológico “Guillermina Loor”, teniendo como única referencia la ficha médica observacional realizada durante la investigación. Por ende los conocimientos obtenidos de la investigación y los datos científicos investigados durante la misma, fundamentan lo realizado como aporte a la ciencia y a la comunidad.

6.6. Actividades.

Se realizara charlas educativas sobre la gingivitis, hábitos de higiene oral, métodos de higiene oral y hábitos alimenticios. En dicha charla consta la entrega trípticos, a las personas que laboran en el centro gerontológico “Guillermina Loor”, en beneficio para los pacientes.

6.7. Recursos.

6.7.1. Humanos.

Ancianos.

Personal que labora en el centro gerontológico “Guillermina Loor.

Líder del centro gerontológico “Guillermina Loor.

Investigadora.

6.7.2. Técnicos.

Cámara fotográfica.

6.7.3. Materiales.

Trípticos.

Banner.

6.7.4. Financieros.

Esta propuesta está financiada en su totalidad por la autora de la misma.

6.8. Presupuesto.

Actividad.	Recursos.	Cantidad.	v. Unit.	v. total.	Financiar.
Diseño tríptico.	Diseñador gráfico.	1	5.00	5.00	Autora.
Impresiones trípticos.	Blanco y negro.	100	0.10	10.00	Autora.
Banner.		1	30.00	30.00	Autora.
Viáticos.				20.00	Autora.
Total.				155.00	Autora.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Antuña de alai. (2015). Manifestaciones Orales de la Diabetes. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: <http://clinidiabet.com/es/infodiabetes/educacion/educando/02.htm>
2. Barreno, Jeanet. (2011). Proyecto Educativo para Promover la Higiene Bucodental en los Niños de la Escuela Fiscal Mixta 17 de Julio de la comunidad Miguicho Adentro, cantón Santa Ana, provincia de Manabí.. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/2040/1/104T0003x.pdf>
3. Barrancos, Julio y Barrancos, Patricio. (2006). Operatoria Dental: Integración Clínica. (4ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.
4. Barreno, Jeanet. (2011). Proyecto Educativo para Promover la Higiene Bucodental en los Niños de la Escuela Fiscal Mixta 17 de Julio de la comunidad Miguicho Adentro, cantón Santa Ana, provincia de Manabí.. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://dspace.espace.edu.ec/bitstream/123456789/2040/1/104T0003x.pdf>
5. Bascones, Antonio. (2009). Periodoncia Clínica e Implantología Oral. Barcelona, Reino de España: Ediciones Avances Médico-Dentales, S.L.
6. Bascones, Antonio. (2010). Medicina Bucal. (3ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Ariel, S.A.
7. Berenguer, Maritza. (1999). La Salud Bucal en la Tercera Edad. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3_4_99/san10499.htm

8. Bordoni et al. (2010). *Odontología Pediátrica: La Salud Bucal del Niño y el Adolescente en el Mundo Actual*. (1 ed.) República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.
9. Camargo, María y Guzmán, Mauricio. (2007). *Periodoncia: fundamentos de la Odontología*. (2ª ed.). Bogotá, República de Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
10. Carranza, Ferrin y Sznajder, Norma. (1986). *Compendio de Periodoncia*. (5ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.
11. Carranza et al. (2009) *Periodontología clínica: Tratamiento Periodontal de pacientes con enfermedades sistémicas*. (10 ed.). Estados Unidos Mexicanos: McGraw Hill Interamericana de editores S.A.
12. Chímenos, Eduardo y López, José. (2010). *Esquemas de Medicina Bucal*. Reino de España: Publicacions Edicions de la Universitat de Barcelona.
13. Eley, B. M., Soory M. y Manson J.D. (2012). *Periodoncia*. (6ª ed.). Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.
14. Echeverría, José y Echeverría, Manau. (2007). *Manual de Periodoncia*. Barcelona, Reino de España: Ergon.
15. Echeverria, Jose. (2002). *El Manual de Odontología*. Reino de España: Editorial Masson.
16. Genco, Robert y Williams, Ray. (2011). *Enfermedad Periodontal y Salud General: Una Guía para el Clínico*. República de Colombia: Editorial Colgate.
17. Gómez, Elsa y Campos, Antonio. (2009). *Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental*. (3ª ed.) Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana S.A.

18. Harfin, Julia. (2006). Tratamiento Ortodóntico en el Adulto. (2ª ed.). República de Argentina: Editorial Panamericana Médica S.A.
19. Iglesias, Pedro y Gutiérrez, Enrique. (2009). Técnicas de Ayuda Odontológica/ Estomatológica. Reino de España: Editorial S.A. Editex.
20. Lindhe, Jan. (2009). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. (5ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana S.A.
21. Llavina, Nuria. (2009). La Artritis y enfermedad periodontal, una estrecha relación. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2009/06/15/185952.php
22. Matesanz-Pérez P et al. (2008). Enfermedades Gingivales: Una Revisión de la Literatura. AV PeriodonImplantol. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/v20n1/original1.pdf>.
23. Medline plus. (2014). Gingivitis. [En línea]. Consultado: [07, junio, 2014]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001056.htm>
24. Medina, Ardilla. (2010). Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000200003
25. Matus, Kenia. (2011). enfermedades bucodentales más frecuentes en pacientes geriátricos. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35924/1/matusmoraleskenia.pdf>
26. Morales, Fernando. (2007). Temas Prácticos en Geriátrica y Gerontología: Tomo III. (1ª ed.). República de Costa Rica: Editorial EUNED.

27. Negroni, Martha. (2009). Microbiología Estomatológica Fundamentos y Guía Práctica. (2ª ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A
28. Newman, Takei, Klokkevold y Carranza. (2010). Periodontología Clínica. (10ª ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
29. Ortega, R y Requejo, A. (2006). Nutri Guía Manual de Nutrición Clínica en Atención Primaria. (1 ed.) Barcelona, Reino de España: Complutense S.A.
30. Palacio, José et al. (2004). Auxiliar de Enfermería. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Mad, S.L.
31. Palma et al. (2010). Guía de Orientación para la Salud Bucal en los Primeros años de Vida. [En línea]. Consultado: [6, de abril, 2014] Disponible en: <http://www.odontologiaparabebe.com/pdf/Guia%20para%20la%20salud%20bucal.pdf>
32. Pavez, Violeta y Quintana, Monica. (2002). Manejo Odontológico de Pacientes Ancianos con Riesgo Sistémico. [En línea]. Consultado: [07, junio, 2014]. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20agosto%202003/PDFs_agosto_2003/Manejo%20Odontologico...%20.pdf
33. Pérez, Bernardo. (2011). Higiene bucal deficiente, hábito de fumar y gingivitis crónica en adolescentes venezolanos de 15-18 años. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_9_11/san01911.pdf
34. Raspall, Guillermo. (2006). Cirugía Oral e Implantología. (2ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
35. Redondo et al. (2008). Atención al adolescente. (2ª ed.). Reino de España: Editorial universidad de cantabria.

36. Rojas et al. (2010). Estado periodontal y necesidad de tratamiento en pacientes GES 60 años de Villa Alemana. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-01072010000200005&script=sci_arttext
37. Rivera, Erika. (2000). Diabetes Mellitus: Programa Completo para su Tratamiento Dietético. (1ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman S.A.
38. Rossi, Horacio y Cuniberti de Rossi, Nélica. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.
39. Ruiz, Héctor et al. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&lng=en
40. Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.
41. Soronellas, victor. (2013). Hipertensión y Odontología. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: <http://cdz.es/boletin/hipertension-y-odontologia>
42. Surco, Víctor. (2012). Alteraciones Gingivales en Adultos Mayores. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000200009&script=sci_arttext
43. Torrent, Josep. (2011). Manual de Ortodoncia. Barcelona, Reino de España: Ediciones Universitat de Barcelona.

44. The University of Chicago Medicine Comer Children's Hospital.(2014). Enfermedad Periodontal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S04741>
45. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. (2007). Memorias de la Semana de Divulgación y Video Científico UJAT 2007. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Secretaria de Servicios Académicos.
46. Ugarte, Cesar. (1996). Manifestaciones Orales en las Enfermedades Difusas del Tejido Conectivo. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2014] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v02_n2/maniforal.htm
47. Universidad de Sevilla (2007). Clasificación de las Recesiones Gingivales de Miller.[En línea]. Consultado: [07, junio, 2014]. Disponible en:http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-35/page_03.htm
48. Villafranca, Carlos, et al. (2005). Manual Técnico Superior en Higiene Bucodental. (1ª ed.). Reino de España: Editorial Mad S.L.
49. Welsch Ulrich. (2010). Histología. (2ª ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
50. Zerón, Agustín. (2003). Como Conservar sus Dientes y Encías toda la Vida: Odontología para Pacientes. (1ª ed.). Estados Unidos Mexicanos: Publicaciones y Fomento Editorial.

Anexo 1.

Árbol del problema.

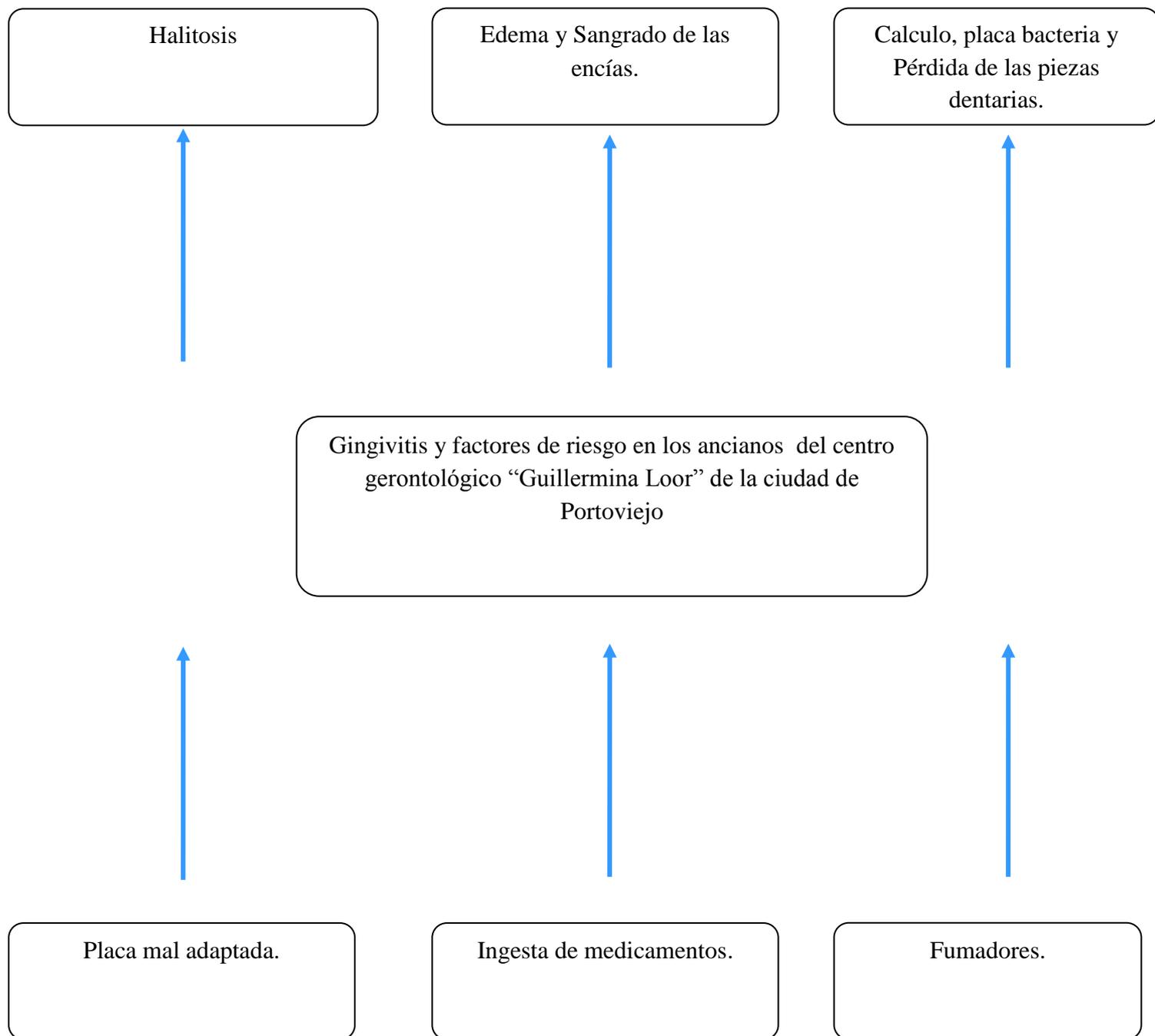


Grafico No.17. Árbol del problema.
Fuente: Realizado por autora de esta tesis.

Anexo 2.

Cuadro 17.

Matriz de operacionalización de las variables.

Variable.	Tipo.	Escala.	Definición.	Indicador.
Edad de los pacientes.	Cuantitativa discreta.	51-60 61-70 71-80 81-90 >90	Grupos Etarios	Media. Mediana. Desviación estándar.
Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica.	Según el género biológico	. Femenino Masculino	Frecuencia. Absoluta. Por ciento.
Gingivitis	Cualitativa discreta	enciá normal Inflamación leve, Inflamación moderada Inflamación severa,	Según característica clínica y presente: La inflamación leve presenta cambio de color, edema leve, no sangra al sondaje. La Inflamación moderada presenta encía roja, brillante, edematizada, sangra al sondaje. La inflamación severa presenta marcando aumento de color y edema, ulceración, tendencia a hemorragia espontanea	Frecuencia. Absoluta. Por ciento.

Higiene bucal	Cuantitativa discreta.	Excelente = 0. Buena = 0.1 – 1.2. Regular = 1.3 – 3. Mala = 3.1 – 6.	Se sumará del promedio de detritos bucales y del cálculo dentario	Frecuencia absoluta. Por ciento.
Hipertensión	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica archivadas del paciente	Media. Mediana. Desviación estándar.
Diabetes mellitus	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según historia clínica archivadas del paciente	Media. Mediana. Desviación estándar.

Prótesis dental	Cualitativa nominal	Total	Son dentaduras totales que sustituyen todos los dientes de la mandíbula superior o inferior o de ambas.	Media. Mediana. Desviación estándar
		Parcial	Las prótesis parciales se usan para sustituir parte de la dentadura que falta en la boca, abarca solamente uno o varios dientes.	
		Ausente	No hay presencia de prótesis totales o parciales	

Anexo # 3.

FICHA MÉDICA OBSERVACIONAL

Sexo: F M

Edad: _____

1- HALLAZGOS CLINICOS

Hallazgos Clínicos de la Encía			
color	rosa coral	rojo brillante	rojo azulado
contorno o forma	festoneada	piramidal	filo de cuchillo
consistencia	firme	blanda	edema
textura	punteada	casaca naranja	lisas
tamaño	hipertrofia	normal	hipoplasia
sangrado	negativa		positivo

Índice Gingival Loes & Silness				
Piezas	0	1	2	3
16				
21				
24				
36				
41				
44				

Factores de riesgo

2- higiene bucal

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						
PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 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						

2- Enfermedades:

	SI	NO
HIPERTENSION		
DIABETES		

3- Prótesis Dental

Total Total con dientes antagonistas Parcial Ausente

4 - Adaptación

- Bien adaptada
- Mal adaptada

Anexo # 4.

Cuadro 18

Presupuesto referencial.

Ítem.	Cantidad	Recursos.	Valor Unitario.	Valor Total.
1	5	Espejo Bucal.	\$8,00	\$40,00
2	2 cajas	Guantes.	\$9,00	\$18,00
3	1	Gafas protectoras.	\$6,00	\$6,00
4	1 paquete	Algodón.	\$5,00	\$5,00
5	2 paquetes	Campos operatorios	\$4,00	\$4,00
6	20	Movilización	\$2,00	\$40,00
7	3	Anillados	\$5,00	\$15,00
8	1	Un cuaderno de datos.	\$4,00	\$4,00
9	2	Plumas.	\$0,50	\$1,00
10	2	Una resma de papel.	\$4,50	\$9,00
11	1	Tinta Negra.	\$25,00	\$25,00
12	1	Tinta a Color.	\$25,00	\$25,00
13	3	CD- DVD.	\$0,50	\$1,50
14	1 mes	Utilización de servicios de red (horas en internet).	\$33,00	\$33,00
15		Materiales Bibliográficos.		\$30,00
16	4	Empastados	\$8,00	\$32,00
Subtotal.				\$ 256,50
Imprevistos.		10%		\$25,65
Total.				\$ 282,15

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizado por autora de esta tesis.

Anexo # 5.

Planilla de consentimiento informado.

El/La Señor/a _____
con cédula de identidad No _____, de _____ años de edad, domiciliado en _____, en pleno uso de sus facultades manifiesta libre de fuerza y coerción su voluntad de participar en la siguiente investigación académica cuyo tema es “Gingivitis y factores de riesgo en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo entre los meses de noviembre 2014 y febrero 2015” diseñado por la investigadora, estudiante de odontología Srta. María Janeth Pazmiño Delgado como requisito previo a la obtención del título profesional de Odontóloga. El estudio consistirá en la inspección del estado en que se encuentran las encías del paciente, con la finalidad de determinar si presentan enfermedad gingival- Gingivitis en cualquiera de sus diferentes etapas; como método de estudio la investigadora observará con detenimiento las encías y cada una de las piezas dentarias del paciente, tomando fotografías de la cavidad bucal durante el procedimiento. Los resultados de esta investigación serán recolectados, y luego la información procesada de manera estadística para ser sustentada por la Investigadora ante un tribunal docente. En todas las etapas de la investigación, desde el inicio hasta la sustentación de la tesis, se garantiza la total discreción al respecto de la información del personal de paciente, respetando su confidencialidad e integridad. El uso de la información recolectada será única y exclusivamente utilizada con fines académicos y científicos. Con pleno conocimiento del estudio del que será sujeto, el paciente accede a participar en la investigación, facultado a la investigadora a realizar el procedimiento descrito para la obtención de los resultados. Firma de la paciente.

Firma del paciente.

María Janeth Pazmiño Delgado.

Anexo 7.



 UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
 DE PORTOVIEJO

-Buena

4- Prótesis Dental?

SI No

Adaptada

- Bien
- Mal

Estado

- Bueno
- Regular
- Pésimo

5- Indicadores de Salud Bucal

Índice Gingival Modificado				
Piezas	0	1	2-3	4
16	—	—	—	—
21	—	—	X	—
24	—	X	—	—
36	—	—	—	—
41	—	—	—	X
44	—	—	X	—

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					
PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3	CÁLCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16	17	55			
1	21	51	9	0	1
5	27	65	1	3	1
3	37	75			
	41	71	2	3	1
X	47	85	2	3	1
TOTALES			175	2,25	1

Grafico No. 19. Realizando Ficha Clínica de observación odontológica o “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.



Gráfico No. 20. Instrumental de Diagnostico para la cavidad bucal.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autor de esta tesis.

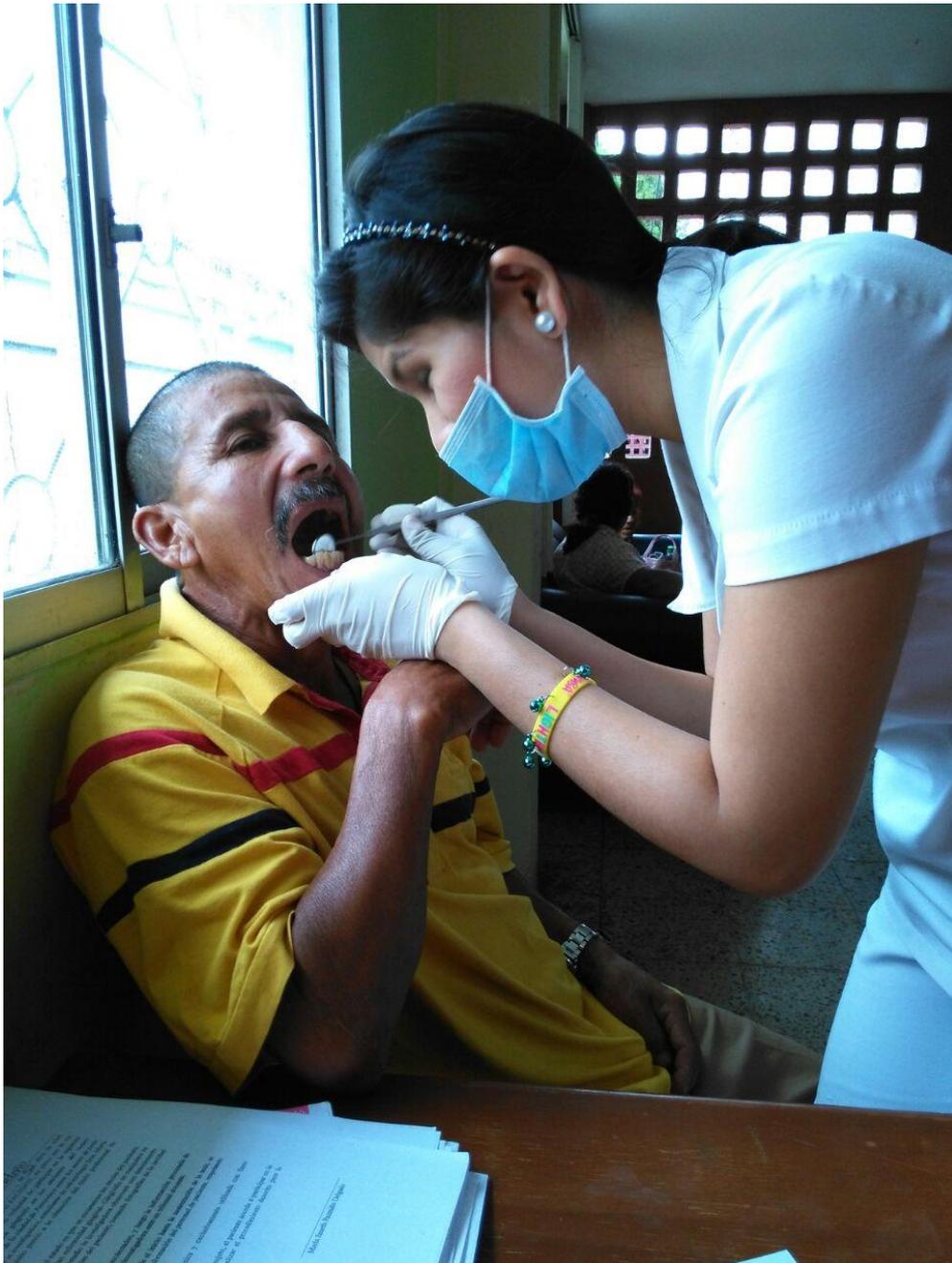


Gráfico No. 21. Revisión de la cavidad bucal.
Fuente: fotografía realizada por autora de esta tesis.



Grafico No. 22. Presencia de cálculo gingival en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loor” de la ciudad de Portoviejo.
Fuente: fotografía tomada por auxiliar de esta autora.



Gráfico No. 21. Presencia de recesión y calculo gingival en los ancianos del centro gerontológico “Guillermina Loo” de la ciudad de Portoviejo.
Fuente: fotografía tomada por auxiliar de esta autora.