



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

“CULTURA PREVENTIVA ORAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL
8VO Y 9NO SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE
PORTOVIEJO”

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORAS:

ALVARADO VILLEGAS NELLY MONSERRATE

GARCÍA PALMA ANDREA STEFANIA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. KATIUSKA BRIONES SOLÓRZANO

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2011

CERTIFICACIÓN

Dra. Katuska Briones Solórzano, certifica que la tesis de investigación titulada *“Cultura Preventiva Oral y Enfermedad Periodontal en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo”* es trabajo original de las Srtas. **Nelly Monserrate Alvarado Villegas** y **Andrea Stefanía García Palma**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

.....
Dra. Katuska Briones Solórzano

DIRECTORA DE TESIS

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“CULTURA PREVENTIVA ORAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL
8VO Y 9NO SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE
PORTOVIEJO”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

**Tesis de grado sometido a consideración del Tribunal examinador, como
requisito previo a la obtención del título de:**

ODONTÓLOGA

Dra. Gladys Vaca, Mg. Sc.

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Katiuska Briones Solórzano

DIRECTORA DE TESIS

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Ab. Ramiro Molina Cedeño

SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

El presente trabajo, resultado de mucho esfuerzo y constancia, lo dedico a **Dios** creador del universo y dueño de mi vida que me ayuda a construir otros mundos mentales posibles, por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten, por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida.

A mi familia, mis padres **Dr. José Ignacio García Saltos** y la **Ab. Jaira Palma Jaramillo**, fuente primordial de mi existencia, ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, por su cariño y calor humano necesario, por mantenerme con salud, estudios entre otras cosas, a quienes les debo todos mis logros obtenidos, por sus horas de consejos, de regaños, de tristezas y de alegría, de las que estoy muy segura que fueron por amor para formarme como un ser completo y de los cuales me siento muy orgullosa; a mis hermanos **Erick y Carlos** los cuales han estado a mi lado siempre, han compartido todos esos secretos y aventuras que solo se pueden vivir entre una familia y que han estado constantemente alerta ante cualquier problema que se me pueda presentar, y a mi abuelita **Aida** mi viejita a quien amo demasiado y quien me ha consentido ante cualquier travesura que hice a lo largo de mi camino.

Y a mi novio **Charles Moreira** por amarme, aceptarme, cuidarme y motivarme; por todo su amor y paciencia, por ser mi ángel y hacerme feliz cada segundo de mi vida.

Andrea

DEDICATORIA

A **DIOS**, que con su infinito amor y bendiciones, ilumina cada segundo de mi vida, enseñándome el camino del bien, **Gracias** por permitirme finalizar una etapa de más vida.

A **MIS PADRES, ALFREDO VERA Y ESPERANZA VILLEGAS**, quienes me brindaron su apoyo incondicional y me guiaron por el camino del saber, ofreciéndome de esta forma un mejor porvenir, a mis hermanas, que me dieron la fortaleza necesaria y por su voluntad e infinito apoyo para caminar erguida y con el deseo de volar cada vez más alto.

A **MIS SUEGROS, RUTH Y EMILIO**, seres excepcionales que me acompañaron en los buenos y malos momentos de mi vida, en especial Ruth que siempre estuvo ahí cuando más necesitaba de ella, nunca escuché de su boca la palabra **NO**.

A mis hijos **EMILIO Y JULIO**, que mi superación profesional sirva de ejemplo y guía para la valoración del conocimiento como una vía para la superación humana, por su paciencia en los momentos que más me necesitaban.

A toda mi **FAMILIA**, por estar siempre pendiente de mí, por ser los más especiales que tengo en la vida.

A **TODOS** los que me ayudaron de una u otra manera para la culminación de mi tesis y de mi carrera profesional.

Nelly

AGRADECIMIENTO

A **Dios** por ser la guía en mi camino

A **Mis Padres** por ser mi apoyo fundamental

A **Mis Hermanos** por sus risas y juegos

A **Mi Abuelita** por su motivación y comprensión

A **Mi Novio** por la paciencia y amor existente cada día

A mis suegros **Abg. Charles Moreira y Sra. Ada Peñarrieta Álava** por el cariño brindado

A mis amigas **Yessenia Sabando y Mercedes Perero** por acompañarme y ayudarme cuando más lo necesitaba.

Andrea

AGRADECIMIENTO

A **DIOS**, que me ilumina cada segundo de mi vida.

A **MIS PADRES**, Alfredo Alvarado y Esperanza Villegas, quienes me guiaron por el camino del saber, ofreciéndome de esta forma un mejor porvenir.

A **MIS HERMANOS**, por ser los seres más especiales que tengo.

A **MIS FAMILIARES**, quienes me apoyaron y comprendieron, durante las diferentes etapas de mis estudios,

A **MIS AMIGOS/AS, COMPAÑEROS/AS**, y a las personas que de alguna u otra manera estuvieron conmigo y me apoyaron en todo momento.

A **mis hijos**, por ser más que mis hijos mis compañeros.

Nelly

ÍNDICE

Introducción.....	i
Antecedente.....	ii
CAPÍTULO I	
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	1
CAPÍTULO II	
2.1 Justificación.....	2
CAPÍTULO III	
3.1 Objetivo general.....	3
3.2 Objetivos específicos.....	3
CAPÍTULO IV	
Hipótesis.....	4
CAPÍTULO V	
5.1 Marco institucional.....	5
5.2. CULTURA PREVENTIVA ORAL	6
5.2.1 Salud oral y su importancia.....	7
5.2.2 Atención preventiva en salud bucal.....	8
5.2.2.1 Conductas preventivas.....	9
5.2.2.2 Representaciones de la relación odontólogo-paciente.....	10
5.2.3 Higiene oral.....	12
5.2.3.1 Técnicas y frecuencia del cepillado.....	14
5.2.3.2 Hilo dental.....	17
5.2.3.3 Uso de colutorios.....	18
5.2.4 Cultura preventiva oral y enfermedad periodontal.....	19
5.2.4.1 ¿Qué es prevención?.....	19

5.2.4.2	Niveles de prevención.....	19
5.2.5	Pautas clínicas de actuación preventiva.....	20
5.2.6	Prevención y control de las enfermedades periodontales.....	21
5.2.7	Control de factores comportamentales.....	22
5.2.8	Control de factores locales de las periodontopatías.....	23
5.3.	ENFERMEDADES PERIODONTALES.....	23
5.3.1	Periodoncia y estructuras del periodonto.....	23
5.3.2	Encía.....	24
5.3.2.1	Surco gingival.....	25
5.3.2.2	Encía adherida.....	25
5.3.2.3	Encía libre.....	25
5.3.2.4	Papila interproximal.....	25
5.3.3	Ligamento periodontal.....	26
5.3.3.1	Organización funcional del ligamento periodontal.....	27
5.3.3.2	Fibras del ligamento periodontal.....	27
5.3.4	Proceso alveolar.....	28
5.3.4.1	Hueso alveolar.....	28
5.3.4.2	Fenestraciones y dehiscencias.....	29
5.3.4.3	Septum interdental.....	29
5.3.4.4	Migración fisiológica de los dientes.....	30
5.3.5	Estructura y composición de la biopelícula dental.....	30
5.3.5.1	Etapas de formación de la biopelícula.....	31
5.3.5.2	Placa supragingival.....	32
5.3.5.3	Retención de la placa: factores naturales.....	33
5.3.5.4	Retención de la placa: factores iatrógenos.....	34
5.3.5.5	Placa subgingival.....	34
5.3.6	Cálculo dental.....	35
5.3.6.1	Cálculo supragingival.....	37
5.3.6.2	Cálculo subgingival.....	37
5.3.7	Gingivitis: definición.....	37
5.3.7.1	Enfermedad gingival inducida por placa bacteriana.....	39
5.3.7.1.1	Gingivitis asociada por factores locales contribuyentes.....	39

5.3.7.1.2	Tratamiento de la gingivitis inducida por placa.....	40
5.3.7.1.3	Enfermedad gingival modificada por factores endocrinos.....	40
5.3.7.1.4	Enfermedad gingival modificada por medicamentos.....	42
5.3.7.1.5	Gingivitis ulceronecrosantes (GUN).....	43
5.3.7.2	Lesiones gingivales inflamatorias no inducidas por placa.....	44
5.3.7.2.1	Lesiones gingivales de origen viral.....	45
5.3.7.2.2	Enfermedad gingival de origen micótico.....	45
5.3.7.2.3	Lesión gingival de origen genético.....	46
5.3.7.2.4	Lesión gingival de origen sistémico.....	46
5.3.7.2.5	Reacciones alérgicas.....	46
5.3.7.2.6	Otras manifestaciones gingivales de afecciones sistémicas.....	48
5.3.7.2.6.1	Enfermedad Gastrointestinal.....	48
5.3.7.2.7	Lesiones traumáticas.....	48
5.3.8	Periodontitis.....	50
5.3.8.1	Periodontitis crónica.....	51
5.3.8.1.1	Características clínicas.....	52
5.3.8.1.2	Factores de riesgo o de susceptibilidad para la periodontitis crónica.....	53
5.3.8.2	Periodontitis agresiva.....	55
5.3.8.2.1	Periodontitis agresiva localizada.....	56
5.3.8.2.2	Periodontitis agresiva generalizada.....	56
5.3.8.3	Periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica.....	57
5.3.8.3.1	Diabetes Mellitus.....	57
5.3.8.3.2	Infección por VIH.....	57
5.3.8.3.3	Neutropenia.....	58
5.3.8.3.4	Síndrome de Dow.....	58
5.3.8.4	Enfermedades periodontales necrotizantes.....	58
5.3.8.4.1	Periodontitis ulceronecrotizante (PUN).....	58
5.3.8.5	Diagnóstico y pronóstico periodontal.....	58

CAPITULO VI

6.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	61
6.1	MÉTODOS	61
6.1.1	Modalidad básica de la investigación.....	61
6.1.2	Nivel o tipo de investigación.....	61
6.2	TÉCNICAS	62
6.3	INSTRUMENTOS	62
6.4	RECURSOS	62
6.4.1	Materiales.....	62
6.4.2	Talento humano.....	62
6.4.3	Tecnológicos.....	62
6.4.4	Económico.....	63
6.5	POBLACIÓN	63
6.6	PRESUPUESTO	63
6.7	CRONOGRAMA	63

CAPITULO VII

7.	Resultados de la investigación	64
7.1	Análisis e interpretación de los resultados de las encuesta.....	64
7.2	Resultados de la ficha de observación.....	88
7.3	Resultados de los indicadores de placa bacteriana, cálculo dental y presencia de gingivitis.....	100
7.4	Resultados comparativos de las enfermedades periodontales.....	
	Conclusiones.....	109
	Bibliografía.....	111

PROPUESTA ALTERNATIVA

ANEXOS

ÍNDICE DE GRAFICUADRO

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DEL 8VO Y 9NO SEMESTRE

GRAFICUADRO N° 1

¿Considera usted importante, el cuidado de su cavidad bucal para mantener una buena salud?..... 64

Análisis e interpretación del graficuario N°1..... 65

GRAFICUADRO N° 2

¿Qué instrumentos utiliza usted para realizar su higiene oral?..... 66

Análisis e interpretación del graficuario N°2..... 67

GRAFICUADRO N°3

¿Con que frecuencia al día usted realiza su higiene oral?..... 68

Análisis e interpretación del graficuario N° 3..... 69

GRAFICUADRO N° 4

¿Qué medida de prevención considera usted importante para la buena salud bucal?..... 70

Análisis e interpretación del graficuario N° 4..... 71

GRAFICUADRO N°5

¿Con que frecuencia Ud. asiste al odontólogo?..... 72

Análisis e interpretación del graficuario N° 5..... 73

GRAFICUADRO N° 6

¿Cuál es el motivo por el que usted asiste a la consulta odontológica?..... 74

Análisis e interpretación del graficuario N° 6..... 75

GRAFICUADRO N° 7

¿Cree usted que cuando los dientes están en mala posición, requiere una mayor limpieza?..... 76

Análisis e interpretación del graficuario N° 7..... 77

GRAFICUADRO N°8

¿Durante el cepillado sus encías sangran espontáneamente?.....	78
Análisis e interpretación del graficuario N° 8.....	79
GRAFICUADRO N° 9	
¿Cuándo usted presenta mal aliento y le sangran las encías durante el cepillado?.....	80
Análisis e interpretación del graficuario N° 9.....	81
GRAFICUADRO N° 10	
¿El estudiante que le realizó el tratamiento, le informo acerca de las medidas preventivas?.....	82
Análisis e interpretación del graficuario N° 10.....	83
GRAFICUADRO N° 11	
¿Con el tratamiento que recibió en la clínica odontológica, noto que hubo algún cambio en su cavidad bucal?.....	84
Análisis e interpretación del graficuario N° 11.....	85
GRAFICUADRO N°12	
¿Se ha realizado antes limpiezas dentales en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo?.....	86
Análisis e interpretación del graficuario N°12.....	87

**RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN EL 8VO Y 9NO SEMESTRE**

GRAFICUADRO N°1

¿Las encías se encuentran?.....	88
Análisis e interpretación.....	89

GRAFICUADRO N° 2

¿Presenta reabsorción a nivel cervical?.....	90
Análisis e interpretación.....	91

GRAFICUADRO N°3

¿Que tipo de movilidad presenta?.....	92
Análisis e interpretación.....	93

GRAFICUADRO N° 4

¿Qué tipo de placa bacteriana existe?.....	94
Análisis e interpretación.....	95

GRAFICUADRO N° 5

¿Qué tipo de cálculo dental encontramos?.....	96
Análisis e interpretación.....	97

GRAFICUADRO N° 6

¿Según la profundidad al sondeo y después del tratamiento realizado, el paciente presenta?.....	98
Análisis e interpretación.....	99

**RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE PLACA BACTERIANA,
CÁLCULO DENTAL Y PRESENCIA DE GINGIVITIS A TRAVÉS DE LA
FICHA CLÍNICA DE OBSERVACIÓN**

GRAFICUADRO N°1

Nivel de placa bacteriana.....	100
Análisis e interpretación 1.....	101

GRAFICUADRO N° 2

Niveles de cálculo dental.....	102
Análisis e interpretación.....	103

GRAFICUADRO N° 3

Niveles de gingivitis.....	104
Análisis e interpretación.....	105

**RESULTADOS COMPARATIVOS DE LAS ENFERMEDADES
PERIODONTALES QUE PRESENTARON LOS PACIENTES DEL 8VO Y
9NO SEMESTRE DURANTE EL PERIODO MARZO HASTA
SEPTIEMBRE DEL 2010, CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS
ACTUALMENTE**

GRAFICUADRO N° 1

Sondaje anterior.....	106
-----------------------	-----

GRAFICUADRO N° 2

Sondaje actual.....	107
Análisis e interpretación de los graficuarios N° 1 y N° 2.....	108

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es un problema que afecta a las personas de todo el mundo, de todas las razas, condiciones sociales y culturales, lo que conlleva a que las personas presenten mal aliento, sangrado de encías, inflamación, y daño a las estructura de soporte de los dientes.

La mayoría de los pacientes que han sido atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, han recibido poca información sobre como cepillarse correctamente sus dientes, no tienen costumbres de asistir periódicamente a un odontólogo para realizarse los chequeos correspondientes y la mayoría de las personas acuden a la consulta odontológica solo cuando presentan algún tipo de dolencia.

Es por eso la importancia de tener una cultura preventiva acerca de cómo mantener la cavidad bucal en buen estado, mediante técnicas adecuadas de cepillado, visitas periódicas al odontólogo y mantener una correcta alimentación para así evitar que se formen las enfermedades periodontales.

Para prevenir este tipo de enfermedades periodontales que va a perjudicar la salud bucal de las personas, tomamos de referencia, a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre del periodo marzo – septiembre del 2010, donde se les realizo el diagnóstico correspondiente a cada uno de ellos y se dejó planteada una propuesta alternativa.

Concluida la investigación, la tesis quedó estructurada en dos partes: una parte teórica producto de la investigación bibliográfica en Internet, textos, folletos, revistas, etc. y la otra, la parte práctica que será la resultante de la investigación de campo, lo que permitió organizar un trabajo teórico-práctico coherente.

ANTECEDENTES

Las enfermedades periodontales es uno de los problema que actualmente aumenta su incidencia en la población producida por muchos factores que afectan la salud bucal, entre ellos tenemos la falta de conocimientos por parte de las personas sobre las medidas preventivas orales.

Es por eso que la Universidad San Gregorio de Portoviejo fue escogida como entidad ejecutora para la realización del trabajo investigativo debido a que no existe ningún trabajo de investigación con respecto a Cultura preventiva oral y Enfermedad periodontal en los pacientes que han sido atendidos en las clínicas odontológicas, constituyéndose en una investigación inédita y original que aporta nuevas alternativas para culturizar a los pacientes a mantener una buena higiene bucal; por lo tanto este informe científico va a ser el primer documento que servirá de guía para determinar el origen de los problemas periodontales.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad periodontal es un problema de salud bucal a escala mundial y data de épocas muy remotas. Estudios realizados por investigadores de la facultad de salud pública de Harvard, de la Universidad de San Juan y el Instituto Oncológico Dana Farber, afirman que cerca del 80% de los adultos padecen de alguna u otra forma enfermedad periodontal.

La enfermedad periodontal, ahora reconocida como infecciones bacterianas, se encuentran entre las enfermedades crónicas más comunes de los seres humanos, que presentan manifestaciones clínicas importantes en la cavidad oral como sangrado, inflamación de las encías y pérdida de los tejidos de soporte de las piezas dentales; esto se evitaría con una buena higiene oral que ahora se considera como el principal factor responsable de la prevención de enfermedades bucodentales, lo que implica: cepillado diario, el uso del hilo dental, uso de pastas, una alimentación sana y una asistencia periódica al odontólogo.

En Portoviejo, existe atención gratuita para aquellos pacientes que no cuentan con recursos económicos suficientes para una atención odontológica adecuada; en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, donde se cuenta con áreas especializadas y docentes para la atención de dichas enfermedades, y para mantener una salud bucal satisfactoria.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿A qué se debe el poco interés en la higiene oral de los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo?

CAPÍTULO II

2.- JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la cultura preventiva oral y su incidencia en las enfermedades periodontales es bastante común ya que existe una cantidad elevada de pacientes que presentan Gingivitis y Periodontitis que alteran a la salud bucal de cada uno de ellos; por esta razón como egresadas de la carrera de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y para obtener el título de profesional de tercer nivel, ejecutamos en dicha Institución una tesis de especialidad cuyo proyecto debe ser sustentada y aprobada por el tribunal respectivo.

Se escogió el tema para investigar ya que debido a una cultura preventiva oral escasa o nula se presentarán problemas en la salud oral llegando a formar la enfermedad periodontal; es por esto que la investigación se basó en encuestas, fichas clínicas y de observación, tabulaciones, estadísticas y estudios comparativos del estado bucal actual de los pacientes atendidos en el 8vo y 9no semestre de las clínicas odontológica; para conocer si están bien informados sobre la forma para prevenir el sin número de problemas que causan las enfermedades periodontales y sí después del tratamiento brindado, les dieron la información correcta sobre cómo mantener su salud oral.

De esta manera, las encuestas se basaron en visitas a domicilio para obtener la información necesaria para el trabajo investigativo; que aporta de esta manera a la Ciencia de Salud, para mantenerla, cuidarla y cuando existen enfermedades sistémicas generales relacionarlas, y saber que ambas van de la mano, y que una afecta a la otra; en la Ciencia Psicológica, para que tengan una vida social activa y productiva sin afectar su autoestima y produzca problemas de inmunodepresión, y en la Ciencia Económica, para evitar futuros gastos que conllevaran las consecuencias de las enfermedades periodontales, tales como tratamientos de cirugía, ortodoncia y estética dental; dándoles así todos estos tipos de beneficios como es la fuente de información a los pacientes atendidos en las clínicas; y a los estudiantes, para poder culturizar a los pacientes futuros y así ayudar a evitar la enfermedad periodontal.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

- Determinar cómo incide la falta de cultura preventiva oral en los pacientes con enfermedades periodontales atendidos por los estudiantes en el 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el estado de salud que presentan los pacientes con enfermedad periodontal que fueron atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre.
- Indagar cuales son los factores que inciden a la presencia de enfermedades periodontal en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas.
- Incentivar a los pacientes que presentan enfermedades periodontales a que se realicen controles periódicos para controlar su enfermedad.
- Diseñar una propuesta alternativa a la solución del problema de la enfermedad periodontal.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

La cultura preventiva oral previene las enfermedades periodontales en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

CAPÍTULO V

MARCO TEÓRICO

5.1 MARCO INSTITUCIONAL

La Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo fue inaugurada el 21 de diciembre del 2000 como una base de extensión en Portoviejo de la Universidad Laica Vicente Rocafuerte, para satisfacer la demanda de la juventud manabita, que necesitaba tener un centro de educación superior.

La facultad de odontología se inició el día 14 de mayo del 2001, iniciando sus labores académicas en el domicilio de la familia Flor Hidalgo, y como decano de la facultad el Dr. Juan Carlos Flor Hidalgo, conocido y respetado profesional Odontólogo, ubicado en la calle 10 de agosto, entre las calles Chile y Ricaurte de Portoviejo, facultad que funcionó con tres niveles, comprendidos en once semestres y con 66 estudiantes.

- Un semestre básico
- Nueve semestres de formación profesional
- Un semestre pre profesional o intermedio

Actualmente existen clínicas odontológicas, adecuadas para la atención de los pacientes, que buscan soluciones de acuerdo a sus necesidades.

Desde ese momento hasta la actualidad la Universidad ha funcionado con gran éxito, donde estudiantes y profesionales se esmeran día a día para brindar una mayor atención a aquellas personas que recurren a la atención brindada, que además de ser gratuita es de excelente calidad .

La cantidad de estudiantes es un factor importante en este trabajo investigativo, ya que de ellos dependerá la atención de los pacientes en cada especialidad, y de la información que suministren a los usuarios para mejorar la higiene oral de cada uno de los pacientes.

5.2 CULTURA PREVENTIVA ORAL

“A cualquier edad la prevención juega un papel clave en la salud oral. Para seguir un régimen de salud oral o un “protocolo” de higiene hay que comenzar por visitar al dentista regularmente, por lo menos dos veces al año. Estas evaluaciones son muy importantes pues no sólo reducen el riesgo de desarrollar caries y enfermedades en las encías, sino que también pueden detectar deficiencias nutricionales, algunas enfermedades, infecciones, trastornos del sistema inmunológico (el sistema de defensa que protege al cuerpo de bacterias, virus, etc.), reacciones adversas a medicamentos, lesiones y algunos tipos de cáncer.”¹

“Comprendemos la salud bucal como un valor que no debe ser considerado como un privilegio sino como un derecho de todas las personas. Un programa preventivo persigue la intervención del personal paramédico y del odontólogo, orientando a factores y grupos de riesgo cuyo objetivo es intervenir precozmente con medidas de auto cuidado como técnica de higiene bucal y dieta (higienista dental) y prevención específica de caries y enfermedades gingivales y periodontales, como sellantes, profilaxis y aplicaciones de flúor tópico.

Los programas escolares de salud bucal, mejoran los hábitos de higiene de la familia y promueven las visitas al consultorio dental. Existe mucha información que los odontólogos pueden brindar a la población y que mejor que las escuelas para llegar a grupos familiares masivos. Tanto en escuelas públicas y privadas podemos ayudar a los padres y profesores a inculcar a sus hijos y alumnos buenos hábitos de higiene bucal y orientación con respecto a las dietas cariogénicas que beneficiarán directamente a la población escolar e indirectamente a la familia del infante.

Una correcta higiene dental es nuestra mejor arma para controlar la enfermedad periodontal.

Deberemos de considerar:

¹ <http://www.vidaysalud.com/daily/tu-salud-oral/salud-oral>

- Elección del cepillo dental
- Elección de la pasta dental
- Técnica de cepillado dental
- uso del hilo dental
- Limpiezas profesionales en la clínica dental para eliminar el sarro.²

5.2.1 SALUD ORAL Y SU IMPORTANCIA

“La salud es entendida como el bienestar; no solo como la ausencia de alteraciones biológicas o silencio orgánico, sino como un entorno adecuado que permita tener una buena calidad de vida, un estilo de vida que le permita a las personas y grupos humanos vivir saludablemente, acceso a servicios de salud apropiados, y por su puesto ese bienestar físico, mental y social.

Cuando hablamos de salud oral nos referimos al estado de la boca, incluyendo los dientes, las encías y los tejidos que los sostienen. Además de contribuir a vernos estéticamente bien, una boca sana nos permite hablar, sonreír, besar, oler, degustar, masticar y tragar, entre otras acciones necesarias o placenteras en nuestra vida cotidiana. Por el contrario, una salud oral deficiente puede influir no sólo en nuestro bienestar psicológico, sino también en nuestra salud física, pues en ocasiones los problemas dentales son indicadores de que algo más está pasando en el resto de nuestro cuerpo.

Es importante mantener una buena salud oral mediante:

- **Correcto cepillado:** un buen cepillado se debe realizar
 1. después de cada comida
 2. utilizando un cepillo con cerdas de nylon semiduro
 3. cepillando de encía a diente las caras internas y externas del diente.
 4. y de adelante hacia atrás las superficies masticatorias (molares)
- **Control de azúcares:** para que los dulces no produzcan caries se debe

² http://www.periodontitis.net/higiene_bucal.htm

1. controlar su consumo
 2. evitarlos entre comidas
 3. realizar un correcto cepillado luego de ingerirlos
- **Utilización del flúor:** es un elemento primordial que constituye buena parte de nuestra salud bucal.
 1. aumenta la resistencia a la caries dental y a la enfermedad periodontal
 2. diariamente debe usarse pasta dental con flúor y enjuagatorio fluorado
 3. además de las 3 medidas preventivas es de gran importancia la consulta periódica cada 6 meses.”³ (Anexo 2)

5.2.2 ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL

“La atención preventiva en salud constituye un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población.

Está compuesta por:

Control y remoción de placa bacteriana

Aplicación de flúor

Aplicación de sellantes

Detartraje supra gingival (control mecánico de placa bacteriana).”⁴

La salud bucal es parte integral de la salud general, por lo tanto se hace necesario el trabajo en equipo entre médico, odontólogo y paciente.

La educación para la salud bucal y las medidas preventivas que se adoptan en edades tempranas son la pauta que determina la salud bucal que tendrá una persona durante toda su vida.

La práctica odontológica debe transformar el enfoque profesional que prevalece actualmente centrado en la enfermedad, mutilatorio y curativo, por otro

³ <http://aldentista.com/blog/index.php/tag/Prevencion>

⁴ <http://www.risaralda.gov.co/sitio/salud/index.php/salud-publica/30>

preventivo fundado en la salud, la educación sanitaria y el auto cuidado los problemas odontológicos.

Se puede reflejar de diversos hechos: la gente no le atribuye una importancia considerable a la salud oral, no hay acciones preventivas y curativas suficientes o exitosas, ausencia de mutuo entendimiento entre odontólogos y potenciales usuarios del servicio odontológico, o una combinación de todas esas circunstancias que agrava el panorama de la salud oral en el país.

5.2.2.1 CONDUCTAS PREVENTIVAS

Son aquellas que tienen por fin evitar, el riesgo de que se presente una enfermedad; dichas prácticas se dividieron: las que los pacientes realizaban en su "época" por tradición con elementos no convencionales y las realizadas después de tener conocimiento de elementos elaborados o de haber recibido instrucción por un odontólogo.

Conductas preventivas

Antes:

- "En mi niñez yo no conocí cepillo"
- "Masticábamos arrayán, sauce, hierbabuena y nos limpiábamos los dientes, lo que era a dedo"
- "Masticábamos cogollos de durazno para fortalecer los dientes"
- "Me los aseaba con bicarbonato para blanquear"
- "Limón o jabón para limpiar"
- "Utilizaba el cepillo tal vez para ir a misa"
- "Lo mismo era bañarse la boca que no"
- "Sacarles brillo con carbón molido, sal y se ponía en un algodón y se cogía y se restregaba"
- "Coge venitas de árboles"
- "Me los lavaba con agua y jabón de tierra"
- "Tostábamos la cáscara del langostino y el camarón y nos lo comíamos para fortalecer los dientes"

- “Molíamos cáscara de huevo”

Después:

- “Con cepillo adecuado para el cuidado de la encía”
- “Colgate, cepillo y de vez en cuando seda”
- “Cargo mi cepillo y seda dental en la cartera”
- “Casi siempre me enjuago con astringosol”
- “Menta o chicle para el buen aliento”
- “Listerine o isodine para enjuagarme la boca”
- “La prótesis la lavo con agua y jabón de coco”
- “Estar pendiente del odontólogo”
- “Me los cepillo cada vez que como”
- “En un respiro, corra y báñese la boca”
- “Para salir de la casa un buen cepillado”
- “Los dientes bien cepillados para mi salud
- “Más consiente, más higiénicamente”

Las conductas de higiene oral que ahora practican se relacionan con múltiples factores como el haber asistido al servicio odontológico y en algunos casos por influencia de los medios, entre otras, puede notarse entonces que las prácticas utilizadas hacen parte de un acervo cultural legítimo dentro de la comunidad en el contexto histórico, hay un cambio a nuevas prácticas del cuidado bucal, asimilándolas medianamente y haciendo propio un ritual impartido desde la institucionalidad, junto a una mayor valoración de la dentición natural y un esfuerzo individual mayor por conservarla. Son pacientes que motivados adecuadamente pueden generar una cultura preventiva de generaciones.

5.2.2.2 REPRESENTACIONES DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE

“Los odontólogos tenemos una misión con las personas que requieren de nuestra ayuda frente a una determinada enfermedad y que han recurrido a nosotros

depositando su confianza. La verdadera dimensión profesional está contenida en el encuentro humano llevado a cabo entre el odontólogo y su paciente, al que hemos denominado relación odontólogo – paciente.

La relación odontólogo – paciente constituye un puente entre la patología que aqueja al enfermo y el restablecimiento de su salud, entendiendo la enfermedad como un quiebre invalidante y debilitador de un proceso vital y la salud como una experiencia de posibilidades de bienestar e integralidad del ser y de la corporalidad.”⁵

“La consulta al odontólogo produce miedo por muchas causas, entre las que se mencionaron experiencias previas como que "cuando eran niños y se portaban mal los asustaban con el odontólogo", "los amenazaban con sacarles muelas" y ven al odontólogo como el sacamuelas. De otro lado en los adultos se percibe el miedo ocasionado por la práctica, la que hasta hace algunos años se limitaba a mutilar (sacar las muelas) sin pensarse la prevención o la curación.

El odontólogo se clasifica como malo o bueno según se presente o no dolor, inflamación y/o hemorragia después de un tratamiento, si no se presenta ninguno de los signos y síntomas mencionados, será bueno, si se presentan, será malo. Si el profesional es catalogado como bueno, entonces se le podrá llevar los niños; aquí influye mucho el concepto de amigos y vecinos que han asistido a la consulta.

Los pacientes valoran más la calidad de la relación que la actividad "instrumental" que se realiza en ellos.

En general las personas catalogan como malo un servicio donde los profesionales los regañan, o no le hablan, asustan al paciente, el horario es reducido y hay que hacer largas filas para alcanzar la ficha del día. De otro lado, hay días en que no se atiende al público. En general en los centros de salud priorizan la atención a los

⁵ <http://www.slideshare.net/guest04aa8c/relacin-odontologo-paciente-3590949>

niños, de manera que los adultos tienen que ir a odontólogos particulares; este es fiel reflejo de la atención oficial.

Algunas personas manifiestan que el odontólogo consulta con los pacientes la opinión acerca del tratamiento. Sin embargo la mayoría dice que el profesional no explica, igual da, porque no se le entiende. Otras personas opinan que no es necesario preguntar ya que el que sabe es el doctor.

Las personas dicen: "nosotros no contamos lo que utilizamos antes de acudir al doctor, porque se ponen bravos, ellos son los que estudiaron y saben". Igualmente manifiestan que con frecuencia son recibidos con regaños como: "hasta que no tiene las muelas podridas no pueden venir" de otra parte es muy molesto que a veces sin saber siquiera qué tiene uno, le formulan pastas."⁶ (Anexo 2)

5.2.3 HIGIENE ORAL

“La higiene dentaria barre los residuos y los microbios que provocan las caries y la enfermedad periodontal ("piorrea"). Por donde pasan eficazmente el cepillo dental y el hilo, no se producen caries ni sarro.

La buena higiene bucal proporciona una boca que luce y huele saludablemente. Esto significa que:

- Sus dientes están limpios y no hay restos de alimentos
- Las encías presentan un color rosado y no duelen o sangran durante el cepillado o la limpieza con hilo dental
- El mal aliento no es un problema constante.

El mal aliento o halitosis se produce por la descomposición bacteriana de restos de alimentos entre los dientes, de saliva, de células de la mucosa oral o de sangre que generan sustancias volátiles y componentes de sulfurados.

⁶ http://www.encolombia.com/representaciones2_odonto.htm

Debido a esta producción de sustancias, la mayoría de las halitosis tienen su origen en la cavidad oral como uno de los primeros síntomas de un problema de encías y asociado a una higiene oral escasa, presencia de placa y sarro.

Pero puedes combatirlo valiéndote de algunas plantas muy efectivas para dicho fin.

Una de las cosas más importantes que usted puede hacer por sus dientes y encías es mantener una buena higiene bucal. Los dientes sanos no sólo le dan un buen aspecto a su persona y lo hacen sentirse bien, sino que le permiten hablar y comer apropiadamente. La buena salud bucal es importante para su bienestar general.

Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado y uso de hilo dental, evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar.

En los intervalos entre las visitas regulares al odontólogo, hay pautas simples que cada uno de nosotros puede seguir para reducir significativamente el desarrollo de caries, las enfermedades de las encías y otros problemas dentales:

- Cepillarse en profundidad y usar hilo dental por lo menos dos veces al día.
- Ingerir una dieta equilibrada y reducir las ingestas entre comidas.
- Utilizar productos dentales con flúor, inclusive la crema dental.
- Usar enjuagues bucales fluorados si su odontólogo lo indica.
- Asegurarse de que sus hijos menores de 12 años beban agua fluorada o si vive en una zona de agua no fluorada, administrar suplementos fluorados.

Una higiene bucodental óptima incluye:

- Cepillado dental (cepillo+dentífrico)
cepillado dental manual
cepillado dental automático
el dentífrico

- Uso de cepillo interdental + hilo dental
- Uso de colutorio.”⁷

“La higiene bucal representa uno de los aspectos más importantes para la salud de la población.

Para asegurar que los dientes y las encías se conserven sanos durante todas las etapas de la vida, es indispensable contar con buenos hábitos de higiene oral.

La mejor edad para iniciar estos hábitos es durante la infancia y los padres juegan un papel muy importante para el fomento de los mismos en el hogar. Durante las diferentes etapas de la vida las condiciones de la boca y anatomía dental cambian, por lo que los requerimientos de aseo oral deben adaptarse según las necesidades específicas de cada paciente y grupo de edad. El cepillado de los dientes elimina la placa bacteriana y otros residuos de alimentos, previniendo las caries y las enfermedades periodontales.”⁸

“La higiene de los dientes es muy importante desde que nuestros hijos son pequeños. Debemos estar pendientes y saber cómo proceder tanto en su higiene como en su educación dental desde el principio.”⁹

5.2.3.1 TÉCNICAS Y FRECUENCIA DEL CEPILLADO

“El cepillado dental es un hábito cotidiano en la higiene de una persona. Es una actividad necesaria para la eliminación de la placa dental relacionada tanto con la caries dental como con las enfermedades periodontales (la gingivitis y la conocida piorrea).

⁷ <http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>

⁸ http://www.america.edu.pe/gen/index.php?option=com_content&view=article&id=99

⁹ <http://www.salud.com/salud-dental/higiene-bucal-desde-chiquitos.asp>

Aparte del cepillado dental existen también otros métodos que ayudan a eliminar la placa bacteriana tales como la seda dental, los cepillos interproximales o las limpiezas profesionales.

Existen muchas técnicas, pero cabe destacar que más que la técnica lo importante es la minuciosidad, el cuidado con el que se realiza el cepillado, consiguiendo así el mismo resultado con cualquiera de las técnicas.

Aunque está claro que existen casos en que debido a determinadas patologías o factores como la falta de cooperación o falta de destreza manual se recomienda una técnica determinada. Es importante en todas las técnicas seguir un orden que deberá ser siempre el mismo para no olvidar ninguna superficie dentaria. Para enseñar a la gente a cepillarse hay que enseñarles una rutina: en primer lugar cepillar la mitad superior derecha por la parte externa, seguida de la mitad superior izquierda también por la parte externa, mitad inferior izquierda y mitad inferior derecha también por la parte externa. Seguiremos otra vez el mismo orden pero ahora por la parte interna. A continuación las caras masticatorias u oclusales de los dientes y por último cepillaremos la lengua. En total la técnica de cepillado correcto debe durar entre 2-3 minutos.

Cabe destacar las distintas técnicas existentes aunque no todas ellas son utilizadas:

- Técnica de fregado u horizontal: Es una técnica sencilla y la más recomendada en niños. Consiste simplemente en "fregar" los dientes con movimientos horizontales.
- Técnica circular o de fones: Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental. Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.
- Técnica vertical: Con los dientes contactando se van cepillando de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

- Técnica del rojo al blanco. Se cepilla desde las encías hacia el diente. Los penachos se sitúan en la encía y vamos haciendo movimientos de arriba hacia abajo en la arcada superior y de abajo hacia arriba en la arcada inferior.
- Técnica de Bass: Es la más efectiva. Colocamos el cepillo con una inclinación de 45°. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. Así conseguimos desmenuzar la placa bacteriana, que asciende por el penacho, por lo cual cada vez tenemos que lavar bien el cepillo porque los penachos se cargan de placa bacteriana. Es una técnica muy recomendada en adultos. Se deben ir cepillando de dos o tres piezas, siguiendo la secuencia que hemos explicado antes en la cara masticatoria de los dientes hacer movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos.”¹⁰

“El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos la placa bacteriana y el número de microorganismos la técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible sin inducir náusea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, y el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área. El uso de dentífrico lleva a obtener mejores resultados.”¹¹

“La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una vez al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama. En los niños hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición, además hay que dar mucha importancia en el cepillado en los niños portadores de aparatología ortodóncica.

¹⁰ http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado

¹¹ <http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>

En pacientes portadores de prótesis parcial o total removible se deben extraer las mismas de la boca y realizar el cepillado tanto de la mucosa, como de los dientes remanentes y también cepillar las prótesis con agua y jabón.

En pacientes discapacitados se pueden confeccionar mangos especiales para facilitar el cepillado, como por ejemplo fijar el cepillo a la mano con una banda elástica; doblar el mango del cepillo; alargar el mango con un trozo de madera o plástico y agrandarlo con la empuñadura de un mango de bicicleta o usar un cepillo eléctrico. Aunque la mayoría de las veces es recomendable llevar a estos pacientes a clínicas dentales donde exista personal especializado en pacientes disminuidos, donde se les realiza técnicas de higiene oral que son necesarias en este tipo de pacientes.

Estas han sido unas nociones básicas sobre técnicas de cepillado. En conclusión, una buena higiene bucal para una buena salud oral. No sólo es necesario tener un buen cepillo de dientes o una buena pasta de dientes, sino una buena técnica, ya que muchas veces es mejor el cepillado incluso sin pasta, asegurándonos bien que eliminamos la placa bacteriana que es la causante de la caries y de las enfermedades periodontales. Por ello hay que instruir a los niños desde pequeños a cepillarse los dientes después de cada comida y antes de irse a dormir, creándoles un hábito de higiene bucal diario.”¹² (Anexo 2)

5.2.3.2 HILO DENTAL

“Es un hilo especial de ceda formado por varios filamentos, las cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss", una zona central distensible con varias fibrillas.

¹²http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado

Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60 cm se enrolla alrededor del dedo medio de una mano pero se deja suficiente hilo para sostenerlo firme con el dedo medio de la otra mano.

Conforme se va utilizando el hilo, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental, también es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 mm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos. El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de cierra o de vaivén en sentido vestibulo lingual a continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares o con un pulgar y el índice en los dientes inferiores con los índices.”¹³ (Anexo 2)

5.2.3.3 USO DE COLUTORIOS

“Existe:

1. Enjuagues bucales: no hay alcohol en formulación.
2. Colutorios: presencia de alcohol >20% (actualmente existen sin alcohol).
3. Elixires: presencia de alcohol > 50% (se utilizan diluidos en agua).

Todas estas presentaciones tienen por objetivo:

- Combatir y prevenir las caries (flúor).
- Combatir y prevenir las enfermedades periodontales (antisépticos).
- Producir aliento fresco.
- Ser vehículo de los compuestos terapéuticos para el tratamiento de afecciones bucodentales.”¹⁴ (Anexo 2)

¹³ www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml

¹⁴ <http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>

5.2.4 CULTURA PREVENTIVA ORAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal no es el resultado de factores de riesgos aislados, si no de la interrelación de una serie de condiciones presentes en las personas y que cambian en el tiempo.

5.2.4.1 ¿QUÉ ES PREVENCIÓN?

“Son procedimientos realizados para evitar el establecimiento de la enfermedad, detener su desarrollo y recuperar a la persona de sus secuelas.

La prevención es efectuada por etapas que son denominadas niveles de prevención: primario, secundario y terciario; además de los tipos de prevención que se enfocan directamente en cada fase de la enfermedad: promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, limitación del daño y rehabilitación.”¹⁵

5.2.4.2 NIVELES DE PREVENCIÓN

1. “PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primarias actúan en el periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, es decir, antes de que la interrelación de los agentes o factores de riesgo con el huésped de lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad. Se encuentran dos subniveles o apartados en la prevención primaria:

- La prevención inespecífica: Que comprende las medidas que se toman sobre el individuo, la colectividad o el medio ambiente con el fin de evitar la enfermedad en general, es decir, inespecíficamente. La mayoría de estas

¹⁵ Ferro, M. B. y otro. (2009). Fundamentos de la Odontología. Bogotá: Pontificia universidad Javeriana. Pág. 120, cap.6

medidas son acciones de promoción de la salud de la población que tienden a aumentar la resistencia del huésped y a evitar enfermedades y afecciones.

- La prevención específica: Se dirige solo a la prevención de una enfermedad o afección determinadas.

2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas. La presunción básica de la prevención secundaria es que el diagnóstico y el tratamiento precoces mejoran el pronóstico de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad.

3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores, o estas han fracasado, se debe, cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. En resumen, las intervenciones comunes en odontología curativa o restauradora pueden tener una finalidad preventiva, cuando se aplica a la prevención un concepto amplio.

5.2.5. PAUTAS CLÍNICAS DE ACTUACIÓN PREVENTIVA

Ante cualquier paciente que acude a la consulta dental, ya sea por vez primera o en visita de control, es necesario realizar una exploración oral completa encaminada al diagnóstico de cualquier afección oral que pueda presentar. Esta exploración debe incluir, de forma inexcusable, el sondaje periodontal. Cuando se realiza un sondaje periodontal en la consulta, es preferible sondear todos los dientes, por mesial, distal mediovestibular y mediolingual, a fin de determinar:

- La profundidad de sondaje, es decir la distancia desde el borde gingival al fondo del surco o bolsa
- La pérdida de inserción, o distancia entre la línea amelocementaria y el fondo del surco o bolsa; y
- Presencia de sangrado al sondaje

Cuando existen los 3mm como profundidad de sondaje, el surco gingival está sano, sin gingivitis ni pérdida de inserción; pero cuando la profundidad del sondaje es mayor o igual a 4mm, la presencia o ausencia de pérdida de inserción y de sangrado nos permitirá diferenciar entre salud gingival, gingivitis, periodontitis inactiva y periodontitis activa y que tratamiento es el correcto a seguir.

5.2.6 PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

Las enfermedades periodontales deben entenderse como la respuesta biológica del huésped frente a la presencia persistente de agrupaciones bacterianas en la interfase dentogingival. Todos los individuos pueden considerarse potencialmente susceptibles de padecer, en mayor o menor grado, enfermedades periodontales, aunque la gravedad de la enfermedad dependerá de la susceptibilidad del huésped, de los factores ambientales y de la agresividad de los componentes de la placa bacteriana. Inicialmente la prevención tiene como fin evitar que la enfermedad aparezca. Si la enfermedad ya ha aparecido, la prevención consistirá en llegar a un diagnóstico lo más precoz posible para evitar al máximo los efectos destructivos del proceso, y una vez controlado, evitar la recidiva. Si la enfermedad está en un estadio avanzado, la prevención consistirá en corregir los defectos para evitar la pérdida de función. En un sentido más práctico, nos referimos a prevención y control de las enfermedades periodontales como:

- El conjunto de actuaciones para evitar su inicio, en particular el de la destrucción del soporte periodontal
- Si no se ha podido evitar el inicio de la periodontitis, conservar un nivel de soporte suficiente como para mantener la estética y función oral a lo largo de la vida del individuo

- En los pacientes tratados, mantener el soporte periodontal restante.”¹⁶

5.2.7 CONTROL DE FACTORES COMPORTAMENTALES

“Un aspecto para el éxito de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad periodontal tiene que ver con los comportamientos o conductas en salud de una persona o grupo de población. Una conducta en salud hace referencia a los hábitos y modos de vida. Involucra actitudes y prácticas concretas; en los casos en que estas no sean saludables, se debe modificar, o generar otras nuevas, por medio de actividades de educación y motivación. Aquello que la gente hace o dice esta fuertemente influenciando por conceptos y teorías implícitas; las creencias, que daran lugar a “estados anímicos” llamados actitudes, generan a su vez acciones. Una persona parece actuar más por lo que cree que por lo que sabe; esto quiere decir que las personas en relación con la salud, muchas veces se comportan de manera distinta con respecto a lo que saben y lo que dicen. Entonces, las actividades de promoción y prevención deben estar encaminadas a sensibilizar, concientizar y educar a la población sobre el logro de conductas saludables. Esto implica creencias y valores en salud.

En el caso de entidades periodontopatias, factores conductales como hábitos, tabaquismo, la higiene oral, y la asistencia a servicios de salud, entre otros, están íntimamente relacionados con las causas. Por esta razón, la educación en salud periodontal debe incluir contenidos que hagan referencia a las condiciones normales del sistema periodontal, al control o intercepción de condiciones sistémicas y locales, y a la prevención, por diferentes medios como la higiene oral, el uso de químicos y fármacos. Las actividades educativas en salud oral tienen un énfasis en lo preventivo, pero incluso en situaciones de enfermedad son de gran ayuda para lograr que el paciente identifique signos y síntomas y si acude al odontólogo, incluso ayudan para que se motive hacia conductas saludables, lo cual mejora su pronóstico. Además de las actividades informativas, deben existir muchas otras de motivación y refuerzo permanente, porque muchas veces los

¹⁶ Cuenca, E. y otro. (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. Barcelona: Elseiver. Págs. 4-5; 185; 189.

logros obtenidos a través de la educación en salud oral del paciente se pueden perder al punto de volver a estados iniciales, si no existe el debido control.

5.2.8 CONTROL DE FACTORES LOCALES DE LAS PERIODONTOPATÍAS

“La actividad más importante que se realiza para remover la placa bacteriana e interceptar su neoformación es la higiene oral, la cual consiste en el frotamiento de algunos elementos sobre las superficies dentales y gingivales, con la ayuda o complemento de ciertas sustancias. Además del control de la higiene oral, el odontólogo puede intervenir sobre alguna de las condiciones que favorecen a la acumulación de la placa dental, como las restauraciones desadaptadas, mal posiciones dentales u otras. Es esencial en el proceso de diagnóstico identificar todas estas condiciones y valorar su potencial de riesgo en el paciente, para así tomar las mejores medidas de control.”¹⁷

5.3 ENFERMEDADES PERIODONTALES

5.3.1 PERIODONCIA Y ESTRUCTURAS DEL PERIODONTO

“Es la ciencia que estudia el periodonto, las enfermedades periodontales y el tratamiento y la prevención de ellos.”¹⁸

“El termino periodonto significa peri= alrededor y odontos = diente. El periodonto agrupa los tejidos que rodean al diente y lo anclan al maxilar.

La estructura del periodonto involucra los siguientes tejidos blandos y duros.

1. Encía.
2. Cemento radicular.
3. Ligamento periodontal.
4. Hueso alveolar.”¹⁹ (Anexo 2)

¹⁷ Ferro, M. B. y otro. (2009). Fundamentos de la Odontología. Bogotá: Pontificia universidad Javeriana. Pág. 137- 138

¹⁸ Barrios, G. y otros. (2004). Odontología. Bogotá: Royce editores. Tomo I. Pág. 163

5.3.2 ENCÍA

“Tejido fibroso cubierto por epitelio que recubre el proceso alveolar, que está en contacto directo con el diente y que se continúa con el ligamento periodontal y con el resto de la mucosa de la cavidad oral.

En condición de normalidad la encía tiene un color rosado-coral o salmón. La encía puede presentar diversos grados de pigmentación por la presencia de melanina en el estado basal del epitelio gingival. Esto se aprecia principalmente en las razas negras; también puede observarse en la raza blanca y en orientales, en forma ocasional.”²⁰

“La encía es la parte de la mucosa oral, y al mismo tiempo la porción más periférica del periodonto. Comienza en la línea mucogingival (LMG) y cubre las porciones coronales del proceso alveolar. En la zona palatina no existe la LMG y la encía forma parte de la queratinizada e inmóvil mucosa palatina. La encía termina en el cuello del diente, rodea los dientes, y por medio de un anillo especial (epitelio de unión), forma la adherencia epitelial.

Epitelio de unión: Alcanza unos 2mm de altura y rodea en forma de anillo el cuello del diente. Por la zona apical consta solo de unas pocas capas celulares, y por la zona coronal- en la proximidad del sulcus- se compone de 15 a 30 capas celulares. El epitelio de unión tienen forma triangular.

Adherencia epitelial: Es la vez producto y parte del epitelio de unión, permite la fijación epitelial entre la encía y la superficie del diente, independientemente de que se trate de esmalte, cemento o dentina.

La encía puede ser dura, gruesa y presentar un gran número de pequeñas depresiones en forma de piel de naranja o bien blanda, fina y sin apenas depresiones. El ancho de la encía varía de 1 a 9 mm, siendo más ancha en la zona

¹⁹ Wolf, H. y otros (2005). Periodoncia. Masson. Pág. 1

²⁰ Barrios, G. y otros. (2004). Odontología. Bogotá: Royce editores. Tomo I. Pág. 163

de los incisivos y mas angosta en la de los premolares, y tanto superiores como inferiores, por vestibular. En el maxilar inferior, en la porción lingual, es más angosta en el área de incisivos y más ancha en la región de molares.

A la encía se le asignan con fines descriptivos tres porciones: encía adherida, encía libre y papila interproximal; encontrándose un surco que separara la encía libre de la adherida; el surco gingival.”²¹

5.3.2.1 SURCO GINGIVAL

“Es una hendidura o fondo de saco de 0.5 a 3mm de profundidad, localizada entre la encía marginal y la superficie dentaria. Está formado por las células de epitelio de unión situadas más coronalmente, las cuales se exfolian aquí en rápida sucesión. El sulcus limita por un lado con la sustancia dental y por el otro con el epitelio sulcular oral.

5.3.2.2 ENCÍA ADHERIDA

Está constituida por el tejido conectivo firmemente anclada a la superficie subyacente del hueso y del cemento radicular, se extiende desde el surco de la encía libre hasta la línea de demarcación que la separa del resto de la mucosa oral, que se conoce con el nombre de unión mucogingival. El ancho varía de 1 a 9 mm y aumenta con la edad.

5.3.2.3 ENCÍA LIBRE

Se extiende desde el margen más coronal de los dientes hasta la hendidura gingival (0.5-2mm).

5.3.2.4 PAPILA INTERPROXIMAL

Es aquella parte de la encía que ocupa los espacios interdentes o interproximales entre las superficies de contacto del diente y la porción más coronaria del hueso alveolar. Está constituido por dos papilas en forma piramidal, la vestibular y la lingual; unidas entre sí por una depresión en forma de silla de montar que se

²¹ Wolf, H. y otros (2005). Periodoncia. Masson. Págs. 8- 10

conoce con el nombre de col; la forma de esta dependerá de la naturaleza y extensión de la superficie de contacto de los dientes vecinos. En la zona de los incisivos es mínimo, o no existe; en cambio la col tiende a ser prominente en la zona de los molares.

La papila tiene un aspecto triangular, cuando los dientes están en posición normal. Si hay apiñamiento de los dientes, la papila interdental puede constar únicamente de encía libre. Cuando hay diastemas o separaciones entre los dientes, se hace plana.

5.3.3 LIGAMENTO PERIODONTAL

El ligamento periodontal corresponde al tejido conectivo que rodea la superficie radicular y que sostiene la raíz del diente en el alveolo.

El ligamento periodontal se continúa con la encía. Esta estructura realmente viene a servir de pericemento al diente, de periostio al hueso y además de apoyo de sostén al diente. Las funciones del ligamento periodontal son: formativa, de soporte, sensorial y nutritiva.

- La función formativa: La hacen células especiales que produce el cemento (cementoblastos) y además las células productoras de fibras y substancia intercelular (fibroblastos).
- La función de soporte se logra por la adherencia de las fibras del ligamento periodontal, por una parte el cemento y por otra en el hueso.
- La función sensorial y nutritiva se realiza por los nervios y vasos correspondientes del ligamento periodontal.

El espacio del ligamento periodontal tiene un diámetro de 0.15 a 0.2 mm en promedio. El 60% del espacio periodontal está ocupada por haces de fibras colágenas que tienen un diámetro de 4mm. El área total del ligamento periodontal es de 45 cm² para cada maxilar. La función principal del ligamento periodontal es transformar fuerzas de presión en tensión, tanto en el cemento como en el hueso alveolar.

El ligamento periodontal, se deriva de las fibras del saco dentario. Existen tres zonas diferentes en el desarrollo del ligamento periodontal.

- Una zona exterior que contiene las fibras relacionadas con el hueso de formación
- Una zona interna adyacente a la superficie dentaria, vecina al cemento en formación y
- Una zona intermedia de fibras no orientadas que separa las dos anteriores.

A medida que el diente va erupcionando en la cavidad oral, las fibras se orientan funcionalmente. La tendencia es aceptar la existencia de un plexo intermedio de fibras que hace la conexión entre las fibras que vienen del cemento y las que vienen del hueso. Este plexo permitirá ciertos movimientos especiales del diente dentro del alveolo, por ejemplo la erupción dentaria y los movimientos ortodónticos.

5.3.3.1 ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL LIGAMENTO PERIODONTAL

El principal elemento son las llamadas fibras principales, las cuales se insertan tanto en el cemento como en el hueso. Las fibras insertadas dentro de estos tejidos reciben el nombre de fibras de Sharpey. En el ligamento periodontal no se reconocen fibras elásticas; las pocas fibras elásticas presentes y las fibras oxitalánicas que se encuentra están en relación con los espacios interfibrilares alrededor de los vasos. La aparente elasticidad del ligamento periodontal se debe al arreglo de los manojos de las fibras principales que siguen una dirección más o menos ondulada en su trayectoria entre el hueso y el cemento, lo cual permite cierto movimiento del diente sometido a tensiones.

5.3.3.2 FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL

- Fibras de la cresta alveolar: Consiste en manajo de haces colágenos que se irradian de la cresta del proceso alveolar para insertarse en el cemento vecino
- Fibras horizontales: Se organiza en ángulo recto al eje longitudinal del diente, insertándose directamente en el cemento del mismo.

- Fibras oblicuas: Es el más numeroso y se extiende del hueso al cemento en dirección apical
- Fibras periapicales: Está organizado irregularmente en la zona del periápice
- Fibras de la zona interradicular: Se encuentra presente en la zona de bifurcaciones y trifurcaciones.

5.3.4 PROCESO ALVEOLAR

“El proceso alveolar es la porción del maxilar y la mandíbula que forma y sostiene a los alvéolos dentarios. Se forma cuando el diente erupciona a fin de proveer la inserción ósea para el ligamento periodontal; desaparece de manera gradual una vez que se pierde el diente.

Está formado por:

- Una tabla externa de hueso cortical formado por hueso Haversiano y laminillas óseas compactas.
- La pared interna del alveolo, constituida por hueso compacto delgado llamado hueso alveolar, aparece en las radiografías como corticales alveolar. Desde el punto de vista histológico, contiene una serie de aberturas (lamina cribiforme) por las cuales los paquetes neurovasculares unen el ligamento periodontal con el componente central del hueso alveolar, el hueso esponjoso.
- Trabéculas esponjosas, entre esas dos capas compactas, que operan como hueso alveolar de soporte. El tabique interdental consta de hueso esponjoso de soporte rodeado por un borde compacto.”²²

5.3.4.1 HUESO ALVEOLAR

“Es la parte del tejido óseo de los maxilares que alberga y sostiene los dientes y por tanto, constituye el alveolo donde se encuentran alojados. El alveolo está compuesto por hueso compacto periférico y hueso cancelar craneal. El hueso compacto forma las corticales óseas del proceso alveolar. Entre las corticales se

²² Carranza y otros. (2006). Periodontología Clínica. México: Mcgraw-Hill. Pág. 46

encuentra el hueso esponjoso, cancelar, o de soporte del hueso alveolar propiamente dicho. El hueso esponjoso muestra mayor porosidad porque las trabéculas óseas son más delgadas; en cambio el hueso compacto las trabéculas son más gruesas y se presenta la organización del sistema de Havers.

El hueso alveolar que constituye la pared del alveolo, radiológicamente se aprecia como una línea radiopaca y recibe el nombre de lámina dura, esta termina en punta en los dientes anteriores y se va aplanando en la zona de premolares y molares. La porción más coronaria de la lámina dura corresponde a la denominada cresta ósea.”²³

5.3.4.2 FENESTRACIONES Y DEHISCENCIAS

“Las regiones aisladas en las que una raíz carece de hueso y la superficie radicular está cubierta solo con periostio y encía reciben la denominación de fenestraciones. En dichos casos, el hueso marginal se halla intacto. Cuando las áreas desnudas se extienden al hueso marginal, el defecto se llama dehiscencias. Dichos efectos ocurren en aproximadamente 20% de los dientes. Son más frecuentes en el hueso vestibular que en el lingual, en dientes anteriores que en posteriores y a menudo son bilaterales.

Hay manifestaciones microscópicas de resorción de las lagunas en los márgenes. La causa de dichas anomalías es confusa. La prominencia de los contornos radiculares, la mal posición y la protrusión vestibular de la raíz, en combinación con una tabla ósea delgada, son factores predisponentes, dado que puede complicar el desenlace de la operación periodontal.”²⁴

5.3.1.4.3 SEPTUM INTERDENTAL

“El septum interdental está constituido por hueso cancelar que ocupa el área interdental; está limitado por la pared del alveolo y por la cortical facial y lingual. El hueso o septum interdental termina en forma más o menos aguda en

²³ Barrios, G. y otros. (2004). Odontología. Bogotá: Royce editores. Tomo I. Págs. 224 – 225

²⁴ Carranza y otros. (2006). Periodontología Clínica. México: Mcgraw-Hill. Págs. 51 – 52

la región anterior, especialmente entre los incisivos inferiores, y recibe el nombre de cresta ósea. La cresta ósea se va aplanando en la zona de las bicúspides para hacerse francamente plana en la región de molares.”²⁵

5.3.4.4 MIGRACIÓN FISIOLÓGICA DE LOS DIENTES

“El movimiento dental no concluye cuando la erupción activa termina y el diente se encuentra en oclusión funcional. Con el tiempo y el desgaste, las áreas de contacto proximal de los dientes se aplanan y los dientes tienden a moverse en dirección mesial. Esto se conoce como migración fisiológica mesial. Para los 40 años de edad causa una reducción de casi 0.5 cm de la longitud del arco dental desde la línea media hasta los terceros molares. El hueso alveolar se reconstruye en concordancia con la migración fisiológica mesial de la dentición. La resorción ósea aumenta en las zonas de presión a lo largo de las superficies mesiales de los dientes y se forman capas nuevas de hueso fascicular en las regiones de tensión en las superficies distales.”²⁶

5.3.5 ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE LA BIOPELÍCULA DENTAL

“Es la agrupación de una serie de bacterias que crean un nicho ecológico que les es propio para su desarrollo y supervivencia. La biopelícula se forma sobre cualquier superficie sólida, no descamable, contenida en un medio acuoso; uno de los biofilms más estudiados es la placa dental.

La formación de la biopelícula, se inicia con la adherencia de productos orgánicos e inorgánicos y de algunas bacterias, especialmente cocos grampositivos, a una matriz de polisacáridos. Sobre esta capa inicial de microorganismos asociados a la película, estacionaria, hay una cubierta de aspecto irregular, “liquida”, que permite el movimiento de fluidos al interior de la masa. A medida que progresa la formación de la biopelícula se van creando gradientes de difusión para el oxígeno, así como una disminución del potencial de oxidación hacia las capas más

²⁵ Barrios, G. y otros. (2004). Odontología. Bogotá: Royce editores. Tomo I. Págs. 225 – 226

²⁶ Carranza y otros. (2006). Periodontología Clínica. México: Mcgraw-Hill. Pág. 53

profundas, lo que determina la naturaleza anaerobia de los microorganismos que permanecerían ubicados ahí. Las bacterias se producen polímeros extracelulares y dentro de la biopelícula hacen cada vez más lento su metabolismo y división celular, provocando que la placa resista la adición de sustancias externas, incluyendo los antimicrobianos, razón por la cual el tratamiento de elección para las enfermedades periodontales sigue siendo la remoción mecánica de los depósitos de placa.

5.3.1.5.1 ETAPAS DE FORMACIÓN DE LA BIOPELÍCULA

La formación de la placa depende de interacciones específicas entre el sustrato, el medio acuoso y la bacteria. La primera etapa de la formación de la placa bacteriana esta mediada por la absorción de macromoléculas hidrofóbicas a la superficie dental las cuales van a formar la película adquirida. Las bacterias entonces utilizan proteínas de adhesión para fijarse inicialmente en esta superficie cubierta. Las bacterias que se unen inicialmente son el estreptococo mutans y el lactobacillus utilizando las proteínas de adhesión PAC y glucosiltransferasas. Posteriormente, mediante la degradación de la sacarosa, convertida por acción enzimático en glucanos solubles e insolubles dan origen a la matriz extracelular sobre la que se coagregan, gracias a las fuerzas electrostáticas e interacciones hidrofóbicas, otros microorganismos de especies diferentes como la prevotellas, veillonellas y actinomices, los cuales tiene menor capacidad de unirse directamente a la película adquirida.

Inicialmente la biopelícula se ubica en la superficie coronal del diente, y con el tiempo, se extiende hacia el surco y ahí, dado los cambios en las condiciones del nicho, en cuanto a disponibilidad del oxígeno y características de los tejidos blandos, se coloniza con microorganismos estrictamente anaerobios, especialmente prevotellas y pophyromonas que cambian la patogenicidad del biofilm y que van a iniciar las modificaciones clínica propias de las periodontopatías. En este momento ya se habla de una maduración de la biopelícula que ha adquirido gran poder de virulencia. La aparición y permanencia

en la biopelícula de las distintas especies bacterianas se da en la medida en que unas producen factores que permiten el crecimiento de otras. (Anexo 2)

Una vez establecida la flora, si no es removida, los factores de virulencia provenientes de la biopelícula ejercen una actividad sostenida que lleva al daño de los tejidos de soporte del diente.”²⁷

“Existen varios grados de presencia de placa bacteriana entre ellos encontramos:

- Grado 0: Ausencia de placa en la superficie dentaria
- Grado 1: Presencia de placa bacteriana teñida que no cubre más allá del tercio cervical de la superficie dentaria.
- Grado 2: Presencia de placa bacteriana teñida que cubre total o parcialmente el tercio cervical así como el tercio medio.
- Grado 3: Presencia de placa bacteriana teñida que cubre desde el tercio cervical los 3 tercios de la superficie dentaria total o parcialmente.”²⁸

5.3.5.2 PLACA SUPRAGINGIVAL

“La placa supragingival se localiza en la superficie (esmalte) de la porción coronal de la pieza dentaria; se desarrolla en los surcos, defectos o áreas rugosas de la superficie, así como en los márgenes desbordantes de las restauraciones dentales.”²⁹

“La placa se acumula principalmente en el tercio gingival. La placa supragingival se adhiere aprovechando pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de obturación y de restauraciones protésicas, lo mismo que las bandas de ortodoncia.”³⁰

“Las primeras bacterias que se establecen supragingivalmente en la superficie dental son en su mayor parte gran positivas (actinomices, estreptococos). En el

²⁷ Ferro, M. B. y otro. (2009). Fundamentos de la Odontología. Bogotá: Pontificia universidad Javeriana. Págs. 63 - 64

²⁸ <http://www.scribd.com/doc/4605690/Periodoncia>

²⁹ <http://microral.wikispaces.com/Ecosistema+de+la+placa+supragingival>

³⁰ Barrios, G. y otros. (2004). Odontología. Bogotá: Royce editores. Tomo I. Pág. 263

curso de los siguientes días se asientan cocos gramnegativos, así como bacilos grampositivos y gramnegativos y los primeros filamentos. Mediante la liberación de números productos metabólicos, la flora bacteriana provoca un incremento de la exudación del tejido y la migración de leucocitos polimorfonucleares hacia el sulcus (barrera leucocitaria contra las bacterias). Debido al incremento de la migración de PMN y al flujo de líquido sulcular el epitelio de unión se afloja, lo que las bacterias pueden penetrar más fácilmente entre el diente y el epitelio hasta la zona subgingival (gingivitis, formación de bolsa gingival).

La formación de placa y las primeras reacciones de los tejidos gingivales se producen en ausencia total de higiene oral. Una higiene oral, también interdental, óptima elimina en gran parte la biopelícula en formación y mantiene la salida gingival.

5.3.1.5.3 RETENCIÓN DE LA PLACA: FACTORES NATURALES.

Los factores de retención naturales por un lado favorecen la formación de un biopelícula sobre la placa y por el otro dificultan su eliminación mediante la higiene oral. Estos factores de retención son:

- Cálculos supragingivales y subgingivales: El cálculo dental por sí mismo es poco patógeno, pero su superficie rugosa ofrece un lugar ideal para la retención de bacterias lesivas.
- Límite amelocementario, proyecciones del esmalte: El límite amelocementario discurre de forma muy irregular a nivel microscópico y posee rugosidades con capacidad retentiva. el tejido conjuntivo no se puede insertar en entrantes, proyecciones y perlas del esmalte.
- Lesiones de furcación, entrantes, fisuras y fosas dentarias: Las lesiones de furcación, fisuras, etc. Son recovecos para la placa.
- Caries del cuello dentario y de la raíz: Las caries constituyen un gran depósito de bacterias.
- Apiñamiento, falta de espacio: El apiñamiento limita auto limpieza y dificulta la higiene oral.

5.3.5.4 RETENCIÓN DE LA PLACA: FACTORES IATRÓGENOS

Si no se lleva a cabo correctamente, la odontología restauradora, desde una simple obturación hasta la reconstrucción total, puede resultar más perjudicial que beneficiosa para la salud de la boca. La práctica de restauraciones óptimas implica una actuación profiláctica periodontal. Las obturaciones y coronas, que clínica y macroscópicamente aparecen perfectas, al microscopio muestran casi siempre hendiduras en el borde que, si ocupan una posición subgingival, constituyen siempre factores de irritación para el periodonto marginal.

Debajo de reconstrucciones desbordantes puede acumularse más placa, lo que produce una gingivitis. La composición de la placa cambia, con un aumento del número de anaerobios gramnegativos corresponsables de la aparición y progresión de la periodontitis. Irritaciones iatrógenas toscas, como ganchos que se hundan y sillas libres de prótesis removibles, pueden traumatizar de forma mecánica el periodonto.

Las restauraciones defectuosas, favorecen la retención de restos alimenticios y placa bacteriana, dando lugar a procesos inflamatorios que son lesivos para los tejidos periodontales de soporte.

Muchos pacientes con gingivitis tienen cálculo y otros factores locales asociados (tal como restauraciones dentales defectuosas) que interfieren con la higiene bucal personal y con la habilidad para remover la placa bacteriana. Un resultado aceptable de la terapia se obtiene cuando se realiza un control personal de placa junto con el tratamiento profesional de remoción de placa, cálculo y otros factores locales.

5.3.5.5 PLACA SUBGINGIVAL

Partiendo de la región supragingival, subgingivalmente se genera también; con la bolsa en formación; una biopelícula de placa (antes se denominaba placa adherente). Además de bacterias grampositivas como estreptococos, actinomicetos, etc., a medida que aumenta la profundidad de sondaje subgingival

crece el número de bacterias gramnegativas anaerobias. Esta biopelícula también puede calcificarse, sumándose un cálculo (seroso) más oscuro, más duro y difícil de eliminar. Pero junto a este, en la bolsa, se encuentran también aglomerados más sueltos de bacterias no adherentes parcialmente móviles (con una elevada proporción de gramnegativos anaerobios y espiroquetas). En fases agudas, a menudo el número de bacterias paradontopatogenas aumentan sensiblemente. Pese a ello, la gingivitis no se puede considerar como una infección altamente específica, ni tan siquiera en un estadio agudo, ya que existen grandes diferencias entre pacientes en cuanto a la composición de la flora bacteria, e incluso en un mismo paciente se encuentran diferencias entre distintas bolsas o lados dentales afectados.

Siempre hay una línea de separación entre la porción más apical de la placa bacteriana y el epitelio de unión. Esta porción de placa bacteriana subgingival se encuentra asociada con formación de cálculos subgingivales, caries y reabsorciones radiculares y se la ha denominado placa frontal.”³¹

5.3.6 CÁLCULO DENTAL

“El cálculo dental no es más que biopelícula calcificada que se deposita sobre las superficies dentales, bien sea coronales o radiculares que podrían llegar a considerarse como la etapa final de la formación de la biopelícula. En si no es considerada un factor etiológico de la enfermedad periodontal; sin embargo, es de suma importancia que el clínico sea capaz de detectarla, ya que las bacterias que lo cubren permanecen en íntimo contacto con la superficies de los tejidos periodontales induciendo la enfermedad periodontal. El cálculo se adhiere a la superficie dental por medio de la interacción con la película adquirida y estableciendo una traba mecánica con las irregularidades de la superficie. A nivel radicular puede incluso estar en estrecho contacto con el cemento.

³¹ Wolf, H. y otros (2005). Periodoncia. Masson. Págs. 25 - 28

Sus características clínicas son muy variadas y su color puede ir entre blanquecino y café oscuro de acuerdo con diferentes factores especialmente la dieta, hábitos del paciente porque los pigmentos contenidos en los alimentos pueden determinar su coloración. Puede formarse en cualquier diente pero se encuentran más frecuente en las caras libres de los dientes en las áreas adyacentes a la salida de los conductos de las glándulas salivales; esto es en vestibular de los molares superiores (parótida/conducto de Stenon) y en las caras linguales de los anteriores inferiores (sublinguales/conducto de Wharton). De acuerdo su localización con relación al margen gingival se clasifican en supra y subgingivales; pero esto no influye significativamente en su composición y sus características microbiológicas. Aunque lo normal es que se muestre simultáneamente, puede haber cálculos subgingivales en ausencia de cálculo supragingival y viceversa.

Su diagnóstico es básicamente clínico, pero en determinadas ocasiones las radiografías pueden ser de gran utilidad. Están compuestas por materia orgánica e inorgánica en porciones diferentes.”³²

“Existen varios grados de cálculo dentario:

- Grado 0: Ausencia de cálculo
- Grado 1: Cálculo supragingival que no cubre más del tercio cervical.
- Grado 2: Cálculo supragingival que cubre el tercio cervical y medio, o cálculo subgingival discontinuo.
- Grado 3: Cálculo supragingival que cubre más de 2 tercios desde la zona cervical o banda continua de cálculo subgingival.”³³

³² Ferro, M. B. y otro. (2009). Fundamentos de la Odontología. Bogotá: Pontificia universidad Javeriana. Pág. 65

³³ <http://www.scribd.com/doc/4605690/Periodoncia>

5.3.6.1 CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

“Son visibles y están depositados en la corona del diente en relación con el margen gingival libre de la encía. Generalmente son blancos o blanco/ amarillentos, duros y se desprenden fácilmente de la superficie dentaria. Con frecuencia se presentan recurrencia en su formación, especialmente en el área lingual. La coloración se modifica por el tabaco y la ingesta de bebidas y alimentos (café, té y vino); en efecto, los cálculos se observan de coloración carmelitosa, negra o verdosa en algunas ocasiones. Los cálculos supragingivales pueden estar localizados en un solo diente, en un grupo de dientes o en todos los dientes presentes en la boca. (Anexo 2)

5.3.6.2 CÁLCULO SUBGINGIVAL

Hacen referencia a depósitos calcificados que se presentan por debajo del margen gingival en la encía normal, o por debajo de la pared blanda de los sacos periodontales, en casos de periodontitis. Generalmente no son visibles al examen oral. Clínicamente su detección se logra al observar por transparencia una coloración negruzca en la pared gingival, con la introducción de un elemento romo como la sonda o de un elemento agudo como el explorador o una cureta. El sentido del tacto orienta al clínico en la presencia de cálculos subgingivales. También es posible evidenciarlos en algunas ocasiones al separa la pared blanda del surco o del saco periodontal con aire. (Anexo 2)

5.3.7 GINGIVITIS: DEFINICIÓN

El termino gingivitis implica inflamación de la mucosa gingival; se define como inflamación de la encía. Se puede iniciar sin dar manifestaciones clínicas aparentes (gingivitis subclínica). Uno de los primeros signos es la hemorragia fácil con el uso de la seda dental o con presión suave del cepillo dental, sin cambios de color o de forma. Estas primeras manifestaciones se deben a la respuesta inflamatoria de los capilares subyacentes, que muestra vasodilatación y salida de los elementos celulares y el suero al exterior.”³⁴

³⁴ Barrios, G. y otros. (2004). Odontología. Bogotá: Royce editores. Tomo I y II. Págs. 285- 286; 523

“La gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía, sin migración apical del epitelio de inserción, y por tanto sin destrucción de los tejidos de soporte del diente. La gingivitis se produce por la acumulación inespecífica de placa bacteriana y se elimina mediante un control cuidadoso de esta.

Es muy frecuente que su origen sea causado por el crecimiento de las muelas del juicio que produce una concavidad entre encía y muela que es donde se deposita el agente patógeno o bacteria. Esta enfermedad se puede desarrollar después de tres días de no realizar la higiene oral (cepillado de dientes y lengua). Cuando esta enfermedad evoluciona a un estado crónico, provoca bolsas periodontales, movilidad dentaria, sangrado excesivo y espontáneo, y pérdida del hueso alveolar que sostiene a los dientes con la gran posibilidad de perder piezas dentales. Existen varios tipos de gingivitis, todas con las mismas manifestaciones clínicas.”³⁵

“Los síntomas de la gingivitis son: hinchazón, enrojecimiento, el dolor, y el sangrado de las encías son signos de gingivitis. La respiración comienza a adquirir un olor fétido. Las encías comienzan a perder su estructura normal y el color. Las encías, que alguna vez fueron fuertes y de color rosa, empiezan a retroceder y tomar un color rojo carnosos, inflamada de color. Esto significa que el médico o dentista puede llegar al diagnóstico por la historia médica y dental de la persona y la realización de un examen bucal. Los análisis de sangre, rayos x y muestras de tejido se comprueban en los casos que no responden a la terapia inicial. La persona debe, sin embargo, ser evaluados para la enfermedad subyacente.”³⁶

(Anexo 2)

³⁵ <http://enfermedadesoralesessc.blogspot.com/2009/09/gingivitis-es-una-enfermedad-bucal.html>

³⁶ http://www.emedicinehealth.com/gingivitis/article_em.ht

5.3.7.1 ENFERMEDAD GINGIVAL INDUCIDA POR PLACA BACTERIANA

5.3.7.1.1 GINGIVITIS ASOCIADA CON FACTORES LOCALES CONTRIBUYENTES

- **“Anormalidades dentales como perlas adamantinas y disgregación del cemento:** Existen varios factores relacionados con la anatomía dentaria, como las proyecciones de esmalte y las perlas adamantinas, que modifican o predisponen a la enfermedad gingival inducida por placa. Las perlas adamantinas son depósitos de esmalte ectópicos de forma variada, que suelen asociarse con áreas de furcación en los molares. Los dientes más afectados son los segundos molares superiores.
- **Restauraciones dentales:** Las discrepancias del margen subgingival de las restauraciones y la violación por estas de las dimensiones biológicas pueden afectar la salud de los tejidos gingivales adyacentes. Los márgenes subgingivales de la restauración pueden causar inflamación. La severidad de la discrepancia marginal, el tiempo transcurrido con su presencia y la capacidad del paciente para mantener el área libre de la placa son factores importantes para determinar la magnitud del daño al periodonto.
- **Fracturas radiculares:** Las fracturas radiculares suelen relacionarse con inflamación de la encía, por el aumento de placa acumulada en la línea de fractura.
- **Resorción radicular cervical:** La resorción radicular cervical puede dar como resultado inflamación, en particular si se establece una comunicación con el surco gingival, situación que aumenta la formación de placa.
- **El apiñamiento dental y la periodontitis:** Aquellas personas que tengan un apiñamiento en la boca tendrán más tendencia a acumular placa bacteriana y sarro. Estas personas deberán de esforzarse más en sus hábitos de higiene oral.

El uso de la seda dental cobrará mayor importancia, ya que nos ayudará a eliminar placa bacteriana en las superficies proximales de los dientes, donde no llega el cepillo.

5.3.7.1.2 TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA

La enfermedad gingival inducida por placa es producto de la interacción entre microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped. La interacción placa-huésped puede alterarse por los efectos de los factores locales, generales, o ambos, los medicamentos y la desnutrición que influye sobre la intensidad y la duración de la respuesta.

Los factores locales que intervienen en la gingivitis, además de la formación de cálculos retenidos de la placa en superficies de coronas y raíces, se analizan en “lesiones congénitas o adquiridas”. Estos factores coadyuvan por su capacidad de retener microorganismos de la placa e impedir su inflamación, mediante técnicas de remoción de placa iniciadas por el paciente.

5.3.7.1.3 ENFERMEDADES GINGIVALES MODIFICADAS POR FACTORES ENDÓCRINOS

- **Gingivitis asociada con el embarazo:** El embarazo se vincula a una respuesta exagerada de la encía a los irritantes locales. La encía muestra distintos grados de inflamación, caracterizada a menudo por edema, cambios de color y de contorno y propensión al sangrado ante un estímulo suave, que por lo común no condice con el nivel de placa existente. La microbiota de la placa es característica de la gingivitis y la afección parece ser una respuesta del huésped localizada y exagerada, modulada por los niveles de hormonas endógenas, como andrógenos, estrógeno y progesterona. Estas modificaciones aparecen a menudo durante el segundo trimestre del embarazo y remiten después del parto.

Tratamiento: Higiene oral, revisión cada 1-2 meses hasta finalizar el periodo de lactancia.

Granuloma piógeno del embarazo: Es una masa localizada de tejido muy vascularizado, que se forma como respuesta a la placa durante el embarazo. Por lo general, se origina en el tejido gingival proximal y tiene una base pediculada. Puede presentar ulceración en su delgada capa de revestimiento epitelial y el sangrado, sobre todo durante la masticación o incluso espontáneamente, puede ser una causa de consulta de la paciente. Como ocurre con los granulomas piógenos comunes, la extirpación debe acompañarse con un desbridamiento completo de las superficies coronales y radiculares contiguas; de lo contrario hay recidiva.

- **Gingivitis asociada con la pubertad:** Al igual que la gingivitis asociada con el embarazo, la gingivitis asociada con la pubertad aparece como respuesta exagerada a la placa por parte de los tejidos gingivales, mediada por los altos niveles de hormona, sobre todo estrógenos y testosterona. Este efecto parece ser transitorio y puede revertirse con medidas de higiene bucal. puede aparecer frecuentemente en la zona de incisivos y en la superficie vestibular áreas gingivales agrandadas y de aspecto seudotumoral que comprometen una o varias papilas.

Tratamiento: Higiene oral, eliminación de la placa y cálculos; gingivoplastia en caso de hiperplasias intensas.

- **Gingivitis de la menopausia:** Las alteraciones patológicas rara vez aparecen en el margen gingival y se observan sobre todo en la encía insertada y en la mucosa de la boca, que aparece seca y lisa, con machas de color salmón. La encía no presenta moteado y apenas esta queratinizada. Los pacientes refieren resequedad y quemazón.

Tratamiento: Higiene oral cuidadosa (dolores); preparados locales y pastas detriticas con vitamina A. En casos graves, tratamientos sistémicos con estrógenos supervisados por un ginecólogo.

5.3.7.1.5 ENFERMEDADES GINGIVALES MODIFICADAS POR MEDICAMENTOS

Hay tres tipos de medicamentos utilizados comúnmente, que están asociados con hiperplasia gingival:

- Epinutina: Un anticonvulsivo utilizado para el tratamiento de la epilepsia
- Ciclosporina A: Un inmunosupresor usado para impedir el rechazo de tejidos injertados y para el tratamiento de afecciones como la psoriasis severa; y los bloqueantes de los canales de calcio;
- Antihipertensivos: Como la nifedepina.

Las manifestaciones clínicas de las alteraciones gingivales inducidas por medicamentos son similares a las tres nombradas anteriormente. A algunos pacientes que recibieron trasplantes se les prescribe tanto ciclosporina A como nifedepina y el efecto combinado de estos medicamentos puede causar mayor hiperplasia gingival que cuando se usan por separado. La inflamación gingival y la presencia de placa dental fueron informadas como factores de riesgo significativos para el desarrollo de hipertrofia gingival en los individuos que toman epinutina o bloqueantes de calcio. La hiperplasia de los tejidos gingivales asociada con estos medicamentos puede ser más común en la región anterior de la boca y los grupos etarios más jóvenes serían los más susceptibles. Los signos clínicos tempranos más típicos incluyen cambios de forma y de tamaño en la región de las papilas. A medida que el progreso se desarrolla, las papilas pueden agrandarse mucho y también pueden resultar afectadas la encía marginal y la adherida. El tratamiento de la hiperplasia gingival inducido por medicamentos, se realiza mediante la combinación de un método riguroso de higiene bucal, desbridamiento y recesión quirúrgica.³⁷

³⁷ Lindhe, J. y otros. (2005). Periodontología clínica e Implantología odontológica: Panamericana. Págs. 210 - 213

5.3.7.1.6 GINGIVITIS ULCERONECROSANTE (GUN)

“Es una inflamación gingival que como su nombre descriptivo lo indica se caracteriza por presentar áreas de ulceración y necrosis en las papilas interproximales en la zona del col. Puede presentarse en la encía con apariencia clínica normal o en pacientes con gingivitis o periodontitis. La lesión tiende a progresar indefinidamente, alterando el tejido gingival en forma más o menos importante. Hay algunos pacientes que presentan casos de remisión y exacerbación.”³⁸

Puede definirse como una infección gingival aguda y a veces recurrente de etiología compleja, caracterizada por la aparición rápida de dolor gingival, necrosis de la encía interdental y sangrado. Ha recibido diferentes nombres; los más comunes son: enfermedad de Vincet; boca de trinchera, gingivitis ulceronecrosante aguda y gingivitis fusoespiroquetal. Esta forma de gingivitis es bastante rara. Los pacientes afectados son casi siempre adolescentes o adultos jóvenes, pueden ser fumadores de cigarrillos, y muchas veces estar estresados psicológicamente. Los signos cardinales de la enfermedad son:

- Dolor
- Ulceración y
- Necrosis de las pailas interdenciales; que produce olor fétido; hay sialorrea y
- Sangrado espontáneo o en respuesta a una manipulación suave.

“La etiología de la gingivitis ulcerosa no se ha aclarado completamente, y se sospecha la existencia, junto a la placa y a una gingivitis preexistente, de los siguientes factores predisponentes locales y generales:

Factores locales:

- Mala higiene dental
- Proliferación de espiroquetas, bacterias fusiformes y p. intermedia en la placa
- Tabaquismo

³⁸ Barrios, G. y otros. (2004). Odontología. Bogotá: Royce editores. Tomo II. Pág. 567

Factores generales:

- Agotamiento, estados de tensión psíquica, estrés, alcohol
- Tabaquismo
- Edad (15-30 años)
- Época del año (septiembre/ octubre y diciembre)

Los pacientes que padecen gingivitis ulcerosa parecen observar casi siempre una conducta similar: los dientes no parecen importarles gran cosa; son jóvenes, muy fumadores (de tabaco con alto contenido en alquitrán y nicotina), practican una higiene oral mediocre, no perciben la trascendencia de su enfermedad y solo se interesan por un tratamiento durante los estadios agudos que conllevan dolor.

El curso clínico es agudo, y no es frecuente que aparezca fiebre. La ulceración puede destruir en cuestión de días las papilas afectas. La fase aguda da paso a un estado crónico como consecuencia de una mejora de la resistencia, o de un tratamiento instaurado por el mismo paciente (enjuagues con antisépticos). La gingivitis ulcerosa no tratada recidiva con frecuencia y evoluciona rápidamente a periodontitis ulcerosa (perdida de inserción con bolsas poco profundas).

Tratamiento: El tratamiento mecánico instrumental se refuerza con fármacos en la primera fase. Se aplican localmente pomadas en cortisona y antibióticos, y en algunos casos geles con metronidazol. En los casos graves se puede administrar sistémicamente metronidazol. En casos avanzados, y tras la remisión de los síntomas agudos, suelen estar indicadas intervenciones quirúrgicas modeladoras.³⁹

5.3.7.2 LESIONES GINGIVALES INFLAMATORIAS NO INDUCIDAS POR PLACA

“La inflamación gingival que se presenta clínicamente como gingivitis, no siempre se debe a la acumulación de placa bacteriana y no todas las reacciones

³⁹ Wolf, H. y otros (2005). Periodoncia. Masson. Pág. 85

inflamatorias gingivales están inducidas por palca; a menudo estas reacciones presentan características clínicas especiales.

5.3.1.7.2.1 LESIONES GINGIVALES DE ORIGEN VIRAL

- **Gingivoestomatitis herpética primaria:** Las infecciones por herpes simple se encuentran entre las infecciones virales más comunes. El herpes simple se detectó en la gingivitis, en la gingivitis ulceronecrosante aguda y en la periodontitis. Cuando un bebé se infecta, a veces a partir del herpes labial recurrente de los padres, es frecuente que se diagnostique erróneamente como el momento de la erupción de alguna pieza dentaria. A medida que los hábitos de higiene se popularizan en la sociedad industrializada, se producen cada vez las infecciones primarias a edades más tardías, por ejemplo, durante la adolescencia o la adultez. Esta manifestación incluye gingivitis severa, con enrojecimiento, ulceraciones con exudado serofibrinoso y edema acompañado por estomatitis. El período de incubación es de una semana. Una característica destacada es la formación de vesículas, que se rompen, luego se unen y dejan úlceras recubiertas con fibrina. La fiebre acompañada por adenopatías es otra de las características. La cicatrización se produce espontáneamente sin dejar cicatrices entre los 10 a 14 días. Durante este tiempo el dolor puede causar dificultad en la masticación.

5.3.7.2.2 ENFERMEDADES GINGIVALES DE ORIGEN MICÓTICO

- **Eritema gingival lineal:** El eritema gingival es considerado una manifestación gingival de la inmunosupresión, caracterizado por una banda eritematosa lineal diferente, limitada por la encía libre. Se caracteriza por la desproporción en la intensidad de la inflamación respecto de la cantidad de placa presente. No existe evidencia de formación de bolsa o pérdida de inserción. Una característica adicional de este tipo de lesión es que no responde bien a la mejor higiene bucal o a la tractetomía.

5.3.7.2.3 LESIONES GINGIVALES DE ORIGEN GENÉTICO

- **Fibromatosis gingival:** La hiperplasia gingival puede producirse como efecto colateral de las medicaciones. La hiperplasia gingival puede ser causada por origen genético. Estas lesiones son conocidas como fibromatosis gingival hereditaria, un trastorno poco común caracterizado por el agrandamiento gingival difuso y que algunas veces recubre parcial o totalmente la superficie dentaria. Las lesiones se desarrollan independientemente de la eliminación de la placa. El agrandamiento puede producir protrusión labial, además de obligarlos a masticar sobre la hiperplasia que recubre los dientes. El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica con gingivectomía frecuentes, y las recidivas son pocas frecuentes. Si la hipertrofia es grande, la eliminación de las pseudobolsas se puede obtener mejor con un colgajo reposicionado, el cual evita la exposición de tejido conectivo por gingivectomía

5.3.7.2.4 ENFERMEDADES GINGIVALES DE ORIGEN SISTÉMICO

- **Trastornos mucocutáneos:** Numerosos trastornos mucocutáneos presentan manifestaciones gingivales, algunas veces en forma de lesiones descamativas o ulceraciones de la encía. Las entidades más importantes son: liquen plano, penfigoide, pénfigo vulgar, eritema multiforme y lupus eritematoso.

5.3.7.2.5 REACCIONES ALÉRGICAS

Las manifestaciones alérgicas en la mucosa bucal son poco frecuentes, sin embargo, en la alergia pueden participar diversos mecanismos, que son reacciones inmunes exageradas. La rara aparición intrabucal puede deberse a que se necesitan concentraciones de alérgeno mucho más altas para que se produzca una reacción alérgica en la mucosa bucal si se lo compara con la piel u otras superficies.

- **Materiales odontológicos:** La manifestación clínica de la alergia de tipo IV (alergia por contacto) se produce después de un período de 12 a 48 horas una vez ocurrido el contacto con el alérgeno. Las reacciones de la mucosa bucal a los materiales de restauración incluyen reacciones al mercurio, níquel, oro,

cinc, cromo, paladio y acrílicos. Las lesiones, que pueden afectar la encía, tienen similitudes clínicas con las afecciones de liquen plano bucal y por ello se denominan LBL o leucoplasia bucal. Son lesiones rojizas o blanquecinas, a veces ulceradas, pero una de las observaciones diagnósticas cruciales es que se curan después de la eliminación del material agresor. Una manifestación clínica confinada al área de contacto con el material restaurador agresor y el resultado después del reemplazo de este material revela el diagnóstico.

- **Pastas dentífricas, colutorios y gomas de mascar:** Las alergias por contacto, ocurren rara vez después del uso de pastas dentífricas y de colutorios. Los componentes responsables de las reacciones alérgicas pueden ser los aditivos para el sabor o conservantes. Los saborizantes también pueden ser empleados en las gomas de mascar y producir formas semejantes de gingivoestomatitis. Las manifestaciones clínicas de la alergia incluyen una gingivitis edematosa, de color rojo intenso a veces con ulceraciones o zonas blanquecinas. Afecciones similares pueden involucrar la mucosa labial, bucal y lingual; también puede observarse queilitis. Las manifestaciones clínicas que son características, conforman la base del diagnóstico y están sustentadas por la resolución de las lesiones después que cesa el empleo del agente que contiene al alérgeno.
- **Alimentos:** Las reacciones alérgicas atribuibles a alimentos pueden manifestarse como reacciones de tipo I y de tipo IV. La reacción de tipo I con edema severo ha sido descrita después de la ingesta de alimentos como maníes o semillas de calabaza. La alergia del polen de abedul está asociada con algunos tipos de alergia en la mucosa bucal y más del 20% de los pacientes con alergias bucales pueden ser hipersensibles al kiwi, durazno, manzana, castaño y salame. otro alérgeno alimenticio que produce gingivitis o gingivoestomatitis es el pimiento rojo.

5.3.7.2.6 OTRAS MANIFESTACIONES GINGIVALES DE AFECCIONES SISTÉMICAS

5.3.7.2.6.1 ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

- **Enfermedad de Crohn:** Se caracteriza por infiltrados granulomatosos crónicos de la pared de las asas del íleo, pero puede estar afectada cualquier parte del tubo digestivo. La cavidad bucal es parte del tubo digestivo. Por lo general las lesiones periodontales aparecen después de establecido el diagnóstico sobre la base de la afección intestinal, pero algunas veces las lesiones bucales son los primeros hallazgos que llevan a establecer el diagnóstico. El tratamiento local consiste en la aplicación de pastas corticoideas una o dos veces por día durante una exacerbación dolorosa y una higiene bucal minuciosa para reducir la inflamación adicional de la cavidad bucal.

5.3.7.2.7 LESIONES TRAUMÁTICAS

Los antecedentes de las lesiones traumáticas de los tejidos bucales pueden ser ficticios, iatrogénicos o accidentales. Las lesiones químicas, así como las físicas y las térmicas pueden alterar el periodonto.

- **Daño químico:** El grabado de las superficies con diversos productos químicos con propiedades tóxicas puede producir reacciones en la mucosa incluida la encía. Son ejemplos de descamación producida por clorhexidina, quemadura por ácido acetilsalicílico, quemadura por cocaína, descamaciones debido a los detergentes de los dentífricos. Estas lesiones son reversibles y se resuelven después de retirada la influencia tóxica. Otro daño químico al tejido gingival puede deberse al uso incorrecto de cáusticos por parte del odontólogo.
- **Daño físico:** Los agentes para la higiene bucal y los procedimientos poco expeditivos pueden resultar dañinos para los tejidos gingivales. Si los traumas físicos son limitados, la respuesta gingival es hiperqueratosis, que genera una queratosis friccional de tipo leucoplasia. En caso de un trauma más violento el

daño va desde una laceración gingival superficial hasta una mayor pérdida de tejido que genera recesión gingival. La capacidad abrasiva del dentífrico, la fuerza del cepillado y el movimiento horizontal de este contribuyen al daño gingival hasta en los pacientes jóvenes. Los hallazgos característicos en estos pacientes son una higiene extremadamente buena, abrasión en la zona cervical de los dientes extremo superior de la papila que permanece intacta y que se encuentra por encima del sitio dañado. La enfermedad ha sido denominada lesión gingival ulcerativa traumática. El daño físico a los tejidos puede ser autoinducido, con frecuencia estas lesiones se denominan gingivitis autoincluida. Se presentan como ulceraciones del margen gingival asociadas con retracción, estas lesiones son más comunes en niños y en jóvenes y dos tercios de estos pueden incluir a las mujeres. El diagnóstico correcto suele ser difícil de establecer sobre la base de los hallazgos clínicos y la identificación del agente agresor puede resultar imposible.

- **Daño térmico:** Las quemaduras térmicas extensas de la mucosa bucal son muy raras, pero las quemaduras leves provocadas sobre todo por bebidas calientes son, las que se observan ocasionalmente. El paladar y la mucosa labial son los sitios de preferencia, pero puede estar afectada cualquier parte de la mucosa bucal incluida la encía.
- **Reacciones a cuerpos extraños:** Se establece otro tipo de reacción tisular a través de una ulceración epitelial que permite la entrada de materiales extraños en el tejido conectivo gingival, esto puede suceder por abrasión o corte; una forma de este daño tisular está muy bien ejemplificada por el tatuaje de amalgama. La inflamación gingival asociada con los cuerpos extraños ha sido denominada gingivitis por cuerpo extraño. Se presenta lesión crónica roja dolorosa o roja blanquecina casi siempre mal diagnosticada como liquen plano. Otra forma de introducir sustancias extrañas a los tejidos es la autoinjuria, por ejemplo debido a la masticación de palillos o los tatuajes

autoinducidos. Se desconoce si la reacción inflamatoria en tales casos se debe al tóxico o en algunos casos a la reacción alérgica.”⁴⁰

5.3.8 PERIODONTITIS

“La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas. La característica clínica que distingue la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida ósea detectable. A menudo esto se acompaña de bolsas y modificaciones en la densidad y altura del hueso alveolar subyacente. En ciertos casos, junto con la pérdida de inserción ocurre recesión de la encía marginal, lo que enmascara la progresión de la enfermedad si se toma la medida de la profundidad de bolsa sin la medición de los niveles de inserción clínica. Los signos clínicos de inflamación, como cambios de color, contorno y consistencia, y hemorragia al sondeo, no siempre son indicadores positivos de la pérdida de inserción.”⁴¹

“En la periodontitis vamos a encontrar la reabsorción ósea, reabsorción gingival, pérdida del ligamento Periodontal y movilidad dentaria causada por presencia de placa dura en la superficie dental, quiere decir que mientras mayor sea el tiempo de la placa dura en la superficie del diente, mayor será la reabsorción, estos daños son irreversibles. Se forma una bolsa debajo del borde de las encías, donde quedan atrapados los alimentos y la placa.

Los grados de reabsorción ósea son de dos tipos: reabsorción ósea vertical y horizontal de estas dos la reabsorción vertical es la más agresiva.

Movilidad dentaria: La movilidad dentaria podemos clasificarla en tres grados, la que va estar dada por pérdida del ligamento Periodontal.

⁴⁰ Lindhe, J. y otros. (2005). Periodontología clínica e Implantología odontológica: Panamericana. Págs. 285; 289- 290; 301-304.

⁴¹ Carranza y otros. (2006). Periodontología Clínica. México: Mcgraw-Hill. Págs. 69-70

- Grado 0: Movilidad no cuantificable pero perceptible (Movilidad fisiológica)
- Grado 1: Movilidad horizontal (una ligera movilidad de la pieza dental)
- Grado2: Movilidad vertical (este tipo de movilidad es la mas agresiva)
- Grado 3: Movilidad horizontal y movilidad vertical. Con un adecuado tratamiento podemos controlar un grado 1 y grado 2 de movilidad, este tratamiento va hacer dado por el especialista que se da a través de un tratamiento profiláctico que consiste en la eliminación de todo el cálculo dentario que se encuentra adherido en la superficie dental donde también se va a encontrar reabsorción ósea que va a causar al paciente sensibilidad al frío y al calor, llevando a cabo este tratamiento podemos prevenir el grado 3 de movilidad dentaria que consiste en la pérdida del diente.”⁴²

“El término «enfermedades periodontales» se utiliza para denominar un conjunto de enfermedades caracterizadas por la afectación de los tejidos que, bajo la denominación de periodonto, forman las estructuras que protegen y dan soporte a los dientes: encía, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal. Las más conocidas son la gingivitis o inflamación de las encías y las periodontitis, caracterizadas por cambios inflamatorios y destrucción de los tejidos blandos y del hueso que soporta el diente.”⁴³

5.3.8.1 PERIODONTITIS CRÓNICA

“Corresponde a la más frecuente de la periodontitis; por su comportamiento indicioso y asintomático, su diagnóstico casi siempre se hace en edad avanzada e incluso en estadios terminales de la enfermedad, lo cual no quiere decir que su aparición sea en edad avanzada, es una inflamación de carácter infeccioso que compromete los tejidos de soporte del diente, ocasionando pérdida de inserción y del hueso alveolar. Se caracteriza más porque su prevalencia y severidad incrementan con la edad. Aunque es iniciada y perpetuada por las bacterias que conforman la biopelícula, los mecanismos de defensa juegan un papel importante en su patogénesis. Igual que para todas las formas de periodontitis, la velocidad de

⁴² http://salud_bucal2004.pe.tripod.com/salud_bucal/id16.html

⁴³ <http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/prevencion/caries.pdf>

progresión solo puede determinarse mediante los exámenes cronológicamente repetitivos (prospectivos) o la indagación de estados periodontales previos (retrospectivos).

5.3.8.1.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las características clínicas de la periodontitis crónica son: inflamación gingival (alteración de color y de textura), sangrado durante el sondeo en el área de la bolsa gingival, resistencia reducida de los tejidos periodontales al sondeo (formación de bolsa periodontal), pérdida de inserción y pérdida de hueso alveolar. Entre las características variables se incluyen: hipertrofia o retracción de la encía, exposición de la furcación radicular, aumento de la movilidad dental, desplazamiento y finalmente exfoliación de los dientes. Además:

- Más frecuentes en adultos
- Suele haber alto porcentaje de factores locales, de manera que al cantidad de destrucción periodontal esa directamente relacionada con la cantidad de dichos factores
- Es frecuente la presencia de gran cantidad de cálculos subgingivales
- La velocidad de progresión suele ser relativamente baja, a pesar de ello, pueden presentarse periodos de rápido progreso, posiblemente como consecuencia de factores sistémicos temporales u otros factores de riesgo agregados (estrés, fumar, oclusión, etc.)
- Puede estar asociada con otros factores locales que interfieran con la higiene oral (mal posiciones, iatrogenia, etc.)
- Hay formación de bolsas periodontales, y en algunas situaciones, estas pueden predisponer a la formación de abscesos.
- Puede haber recesión del tejido marginal
- Puede afectar un número variable de dientes. si el número de dientes comprometidos es igual al 30% de la dentición se considera como una forma localizada, en tanto que si compromete a más del 30% de la dentición, será tenida en cuenta como generalizada

- Puede tener diferentes grados de severidad. tomando como parámetro la cantidad de pérdida de inserción clínica la severidad será:
Leve: si la pérdida de inserción clínica es hasta 2mm
Moderada: si la pérdida corresponde hasta 4mm
Severa: si la pérdida es mayor o igual a 5mm
- Igual que otras formas de periodontitis, comparte con ellas el sangrado y exudado a través de las bolsas periodontales.
- Puede haber compromiso furcal, dependiendo del grado de destrucción ósea y el tamaño del tronco radicular del molar comprometido
- La movilidad dentaria será dependiente del grado de destrucción ósea
- Suele responder favorablemente al tratamiento instaurado. sin embargo, pueden haber situaciones de recurrencia o situaciones refractarias. estos últimos casos no deben considerarse como entidades separadas, cuando esto ocurre, se requiere una valoración minuciosa para determinar las causas de la resistencia al tratamiento.⁴⁴

5.3.8.1.2 FACTORES DE RIESGO O DE SUSCEPTIBILIDAD PARA LA PERIODONTITIS CRÓNICA

“La denominación "factores de riesgo" expresa un aspecto del estilo de vida, una exposición al medio ambiente o una característica innata o heredada de la cual se sabe, sobre la base de evidencias epidemiológicas, que está vinculada a una enfermedad determinada. Los factores de riesgo pueden ser parte de la cadena causal de una enfermedad o predisponer al huésped para que la desarrolle. Un individuo con uno o más factores de riesgo tiene mayor probabilidad de contraer la enfermedad o de que ésta se agrave.

- **FACTORES DE RIESGO BACTERIANO**

Ciertos microorganismos específicos han sido considerados patógenos periodontales potenciales. La placa microbiana (biopelícula) es un factor esencial en la inflamación de los tejidos periodontales, pero la progresión de gingivitis a

⁴⁴ Ferro, M. B. y otro. (2009). Fundamentos de la Odontología. Bogotá: Pontificia universidad Javeriana. Págs. 176-177

periodontitis es gobernada principalmente por factores de riesgo basados en el huésped. Las biopelículas microbianas de composición particular iniciarían la periodontitis crónica en determinados individuos, cuya respuesta de huésped y factores de riesgo acumulados los predispone a la destrucción periodontal y no a la gingivitis.

- **EDAD**

Aunque la prevalencia de la enfermedad periodontal aumenta con la edad, es improbable que el solo hecho de envejecer aumente la susceptibilidad a la enfermedad periodontal. Es más probable que los efectos acumulativos de la enfermedad en el transcurso de la vida, es decir los depósitos, de placa, cálculo (sarro) y la mayor cantidad de sitios capaces de alojar estos depósitos, mas la experiencia de pérdida de inserción y hueso explique la mayor prevalencia de la enfermedad en los ancianos.

- **TABAQUISMO**

Se indica una asociación positiva entre el hábito de fumar y la periodontitis crónica. Además de aumentar el riesgo de la enfermedad, la respuesta de la terapia periodontal es menor en los fumadores.

Otro rasgo en los fumadores es que sus signos y síntomas de gingivitis y periodontitis crónica, principalmente el color rojo de la encía y el sangrado durante el sondeo están reducidos, por la atenuación de la inflamación que se observa en ellos en comparación con no fumadores.

- **ESTRÉS**

El estrés y otros estados psicosomáticos pueden tener sobre las defensas del cuerpo efectos antiinflamatorios o anti inmunitarios directos o efectos mediados por el comportamiento. De ahí que esos estados pueden ser conceptualmente relevantes para la etiología de la periodontitis crónica y de las afecciones ulceronecrosantes. Investigaciones recientes han sugerido que el estrés por estudios y situaciones financieras puede asociarse con un aumento de riesgo de enfermedad periodontal.

- **GENÉTICA**

Hay evidencias de que el riesgo de periodontitis crónica tiene un componente hereditario importante, pero que la gingivitis es una respuesta general y común de improbable vinculación a un determinado gen. Muchas investigaciones intentan identificar los genes y los polimorfismos asociados con todas las formas de periodontitis. Es probable que la periodontitis crónica involucre varios genes cuya composición puede variar entre los individuos y las razas. Se ha prestado mucha atención a los polimorfismos asociados con los genes implicados en la producción de citocinas.

Estos polimorfismos se han relacionado con un aumento del riesgo de periodontitis crónica.”⁴⁵

5.3.8.2 PERIODONTITIS AGRESIVA

“La AAP ha recomendado reemplazar la denominación de periodontitis de aparición temprana (prepuberal, juvenil y rápida progresiva) por periodontitis agresiva, al considerar que las características de esta periodontitis pueden darse a cualquier edad y no en individuos menores de 35 años, y se considera que el diagnóstico de las patologías no debe limitarse a la edad, sino que debe basarse en lo clínico y con la ayuda de las radiografías y la pruebas de laboratorio. Datos epidemiológicos insinúan que es más frecuente en mujeres. La pérdida de soporte periodontal progresa muy rápidamente de 4 a 5 micras por días, lo cual sería aproximadamente entre 3 a 5 veces más rápido que en la periodontitis crónica. El avance de la pérdida ósea es tan rápido que en la mayoría de los casos puede haber destrucción del 50% al 70% del aparato de inserción, años 4 o 5 años de haberse iniciado la enfermedad. El microorganismo más comúnmente asociado a esta patología corresponde en un 90% al actinobacillus actinomycetem comitans, y porphyromona gingivalis, especialmente en formas generalizadas.

Existen dos formas de periodontitis agresiva, la localizada y la generalizada sin embargo, éstas comparten las siguientes características:

⁴⁵ Lindhe, J. y otros. (2005). Periodontología clínica e Implantología odontológica: Panamericana. Págs. 222-224

- Pacientes sistémicamente sanos.
- Rápida pérdida de inserción y destrucción ósea.
- Agresión familiar. Posibles implicaciones genéticas, lo cual necesariamente compromete al clínico en alertar al paciente sobre la posibilidad de encortar otros miembros de la familia afectados por la misma enfermedad, o en riesgo de expresarla a cierta edad.
- Cantidad de factores locales (biopelícula o cálculos) inconsistentes con la severidad de la destrucción periodontal.
- Puede haber alteraciones en la fagocitosis. El 70% de los pacientes presentan alteraciones en la quimiotaxis de los neutrófilos y monolitos.
- Es probable que la severidad en el daño tisular sea consecuencia de la participación de fenotipos hiperreactivos de macrófagos.
- Adicionalmente a las características comunes para las dos formas de periodontitis agresiva existen características específicas para cada entidad.

5.3.8.2.1 PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA

- Suele aparecer alrededor de la pubertad.
- La apariencia clínica simula un estado compatible con salud, ya que el enrojecimiento y otros parámetros indicadores de inflamación no son tan aparentes. Sin embargo, la presencia de sangrado gingival al sondeo periodontal corrobora la instauración del proceso inflamatorio.
- Los dientes más afectados son con mayor frecuencia los incisivos y primeros molares, en los cuales la presencia de bolsa periodontales y al pérdida de inserción compromete el área interproximal. Los demás dientes no suelen ser afectados.
- La pérdida ósea, aunque no siempre sigue un patrón simétrico, en muchas ocasiones es de tipo angular y bilateral dando una imagen en espejo.
- El porcentaje de caries puede ser variable, pero casi siempre es bajo.

5.3.8.2.2 PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA

- Usualmente compromete a individuos menores de 30 años de edad pero no es exclusiva de este grupo etario.

- En muchos casos, al igual que con la forma localizada, la apariencia clínica simula al examen minucioso, se evidencia la presencia de sangrado gingival al sondeo periodontal, corroborando así la instauración del proceso inflamatorio.
- Los anticuerpos séricos responden probablemente contra los agentes infectantes.
- La presencia de bolsas periodontales y la pérdida de inserción puede comprometer otros dientes diferentes a los incisivos y primeros molares.
- El patrón de pérdida ósea puede ser variado.
- El porcentaje de caries puede ser variable.
- Algunos pacientes manifiestan historia de otitis media, infecciones del tracto respiratorio alto, infecciones en piel, furunculosis, malestar general, pérdida de peso y depresión mental.

5.3.8.3 PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD SISTÉMICA

Los factores sistémicos son capaces de modificar todas las formas de periodontitis, debido a las repercusiones sobre la respuesta inmune e inflamatoria.

5.3.8.3.1 DIABETES MELLITUS

Uno de los ejemplos más patéticos lo constituye la Diabetes Mellitus, donde la enfermedad periodontal es una de sus principales complicaciones. La diabetes Mellitus es posiblemente la única enfermedad sistémica asociada positivamente con la pérdida de inserción clínica en pacientes con periodontitis. El riesgo de pérdida de inserción clínica en periodontitis es 2.32 veces mayor en pacientes diabéticos no controlados que en no diabéticos y diabéticos controlados.

5.3.8.3.2 INFECCIÓN POR VIH.

Entre las manifestaciones orales de pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, figuran la periodontitis localizada severa. Los individuos infectados con VIH, y recuento de CD4+ inferior a 200 células por mm³, pueden tener mayor pérdida de inserción respecto a pacientes con periodontitis crónica únicamente. Esto sugiere que la periodontitis preexistente puede ser exacerbada por la inmunosupresión que ocasiona la infección por VIH.

5.3.8.3.3 NEUTROPENIA.

La lesión periodontal suele ser avanzada, con bolsas periodontales profundas y pérdida ósea generalizada y severa. Tanto la dentición decidua como permanente pueden resultar afectados.

5.3.8.3.4 SÍNDROME DE DOWN.

La lesión periodontal se caracteriza por una periodontitis generalizada que comienza tempranamente con la dentición decidua y continua con la dentición adulta. Los dientes más frecuentemente comprometidos son los incisivos y primeros molares.

El riesgo de pérdida de los incisivos inferiores aparece a temprana edad, debido a la pérdida de soporte periodontal y al defecto anatómico consistente en raíces demasiado cortas en esos dientes.

5.3.8.4 ENFERMEDADES PERIODONTALES NECROTIZANTES.

5.3.8.4.1 PERIODONTITIS ULCERONECROTIZANTE (PUN)

Se trata de una enfermedad severa y de progreso rápido, que se caracteriza por un intenso eritema que sólo se circunscribe a la encía libre y adherida sin comprometer a la mucosa alveolar, la apariencia clínica es muy similar a la GUN, excepto que en la PUN ya se evidencia pérdida de inserción y del hueso alveolar.

Hay un amplio consenso en admitir que PUN es una progresión de GUN, de manera que ambas comparten características microbiológicas e inmunológicas.”⁴⁶

(Anexo 2)

5.3.8.5 DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO PERIODONTAL

“El diagnóstico periodontal se ha beneficiado de los cambios tecnológicos y también de la nueva forma de entender la fisiología y la patogenia de las enfermedades periodontales como un grupo de enfermedades relacionadas con

⁴⁶ Ferro, M. B. y otro. (2009). Fundamentos de la Odontología. Bogotá: Pontificia universidad Javeriana. Págs. 178-180; 183

respuestas variables del huésped a la agresión bacteriana local. Los objetivos iniciales del diagnóstico periodontal eran la identificación de los signos clínicos de la enfermedad en los dientes y estructuras de soporte. Más recientemente, la investigación de laboratorio y el desarrollo tecnológico han permitido desarrollar otras formas de diagnóstico, encaminadas idealmente a la identificación lo más temprana posible del inicio y la progresión de la enfermedad, tanto en el individuo como en las localizaciones periodontales específicas. Al evaluar el estado periodontal, el interés reside en disponer de pruebas diagnósticas para determinar la existencia de la enfermedad periodontal activa, establecer el nivel de riesgo de inicio de periodontitis, identificando los individuos o localizaciones periodontales específicas donde este aumentado, y determinar el pronóstico de la enfermedad con tratamiento o sin él. Para ello, se dispone de una serie de marcadores o indicadores de la presencia de periodontitis, los cuales, combinados con los factores de riesgo y otras características del sujeto (edad, sexo, raza), permiten establecer, modelos de riesgo y modelos predictivos para alcanzar las más altas propuestas de diagnóstico, determinación del riesgo, y pronóstico de las enfermedades periodontales.”⁴⁷

“Se basa en la historia clínica, el estudio radiográfico, la exploración de la encía y los dientes del paciente. A continuación se enumeran algunos signos y síntomas en el diagnóstico de la periodontitis:

- En el sondaje periodontal: (Anexo 2)
 - Encías inflamadas
 - Encías hinchadas
 - Encías enrojecidas (rojo intenso)
- Dolor de encías
- Mal sabor de boca
 - Encías sangrantes al sondaje o de forma espontánea
 - Medición de profundidad bolsas
 - Detección de sarro

⁴⁷ Cuenca, E. y otro. (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. Barcelona: Elseiver. Pág. 178

- Exploración visual de la encía
- Movilidad dental
- Vitalidad de los dientes
- Estudio radiográfico.^{»48}

“Los cambios que se producen después de un tratamiento periodontal, dependerán del cuidado preventivo de cada uno de los pacientes. El cambio más obvio que puede notarse seis meses después del tratamiento es el cambio del color del tejido: de un rojizo oscuro a un rosa pálido. El cambio en el color es debido a la disminución o desaparición de la inflamación en la gingiva.”⁴⁹

⁴⁸ http://www.periodontitis.net/higiene_bucal.htm

⁴⁹ <http://www.sdpt.net/PER/periodontitisa.htm>

CAPÍTULO VI

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODOS

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

Bibliográfica: Se aplicó mediante la recopilación de datos, para así conocer los temas a investigar.

De campo: Se realizó mediante la aplicación de encuestas, y ficha clínica de observación.

Cuasi-experimental: Porque la investigación planteó una hipótesis que se la sometió a rigurosos procedimientos de la investigación para su validez.

6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Exploratoria: Se realizó en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Descriptiva: Porque consistió en la descripción de las enfermedades periodontales y sobre la cultura preventiva oral que poseen los pacientes.

Analítica: Por cuanto toda la información recopilada se analizó para el establecimiento de las hipótesis.

Sintética: Porque toda la información recopilada; la cual mediante el alcance de los objetivos fue sintetizada al final de la investigación.

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

6.2 TÉCNICAS

Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en el 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Ficha clínica de observación a los pacientes atendidos en el 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.3 INSTRUMENTOS

Encuesta: Cuestionario de preguntas

Observación: Ficha clínica

6.4 RECURSOS

6.4.1 MATERIALES

- Textos relacionados con el tema de investigación
- Fotocopias
- Encuadernación
- Materiales de oficina
- Suministro de impresión
- Viáticos

6.4.2 TALENTO HUMANO

- Tutor de tesis
- Equipo de investigadoras
- Pacientes atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo

6.4.3 TECNOLÓGICOS

- Internet
- Equipo de computo
- Impresora
- Scanner
- Cámara fotográfica

- Cámara de video
- Memory flash
- Cd

6.4.4 ECONÓMICO

La investigación tendrá un costo aproximado de \$ 526.00

6.5. POBLACIÓN

La población la constituyen 100 pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.6 PRESUPUESTO

Anexo 1

6.7 CRONOGRAMA

Anexo 1

CAPÍTULO VII

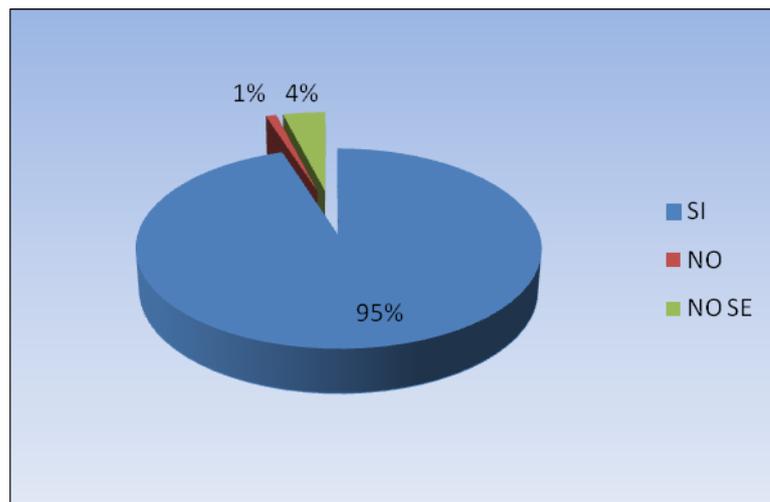
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DEL 8VO Y 9NO SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO PARA DETERMINAR EL NIVEL DE CULTURA PREVENTIVA ORAL.

GRAFICUADRO N° 1

1. ¿Considera usted importante, el cuidado de su cavidad bucal para mantener una buena salud oral?

BUENA SALUD	F	%
Si	95	95%
No	1	1%
No se	4	4%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 1 con los resultados obtenidos en las encuestas que se realizaron a los pacientes que fueron atendidos en las clínicas odontológicas de los cuales 95 personas que corresponde al 95% de ellos conoce de la importancia que es el de mantener un buen estado de salud bucal, mientras una persona que le corresponde al 1% no lo considero importante, y 4 personas que corresponde al 4% restante no conocía del grado de los cuidado y chequeos que se deben de realizar para mantener su cavidad bucal en optimas condiciones de salud.

..... Los dietes sanos no sólo le dan un buen aspecto a su persona y lo hacen sentir bien, sino que le permite hablar y comer apropiadamente. La buena salud bucal es importante para su bienestar general...

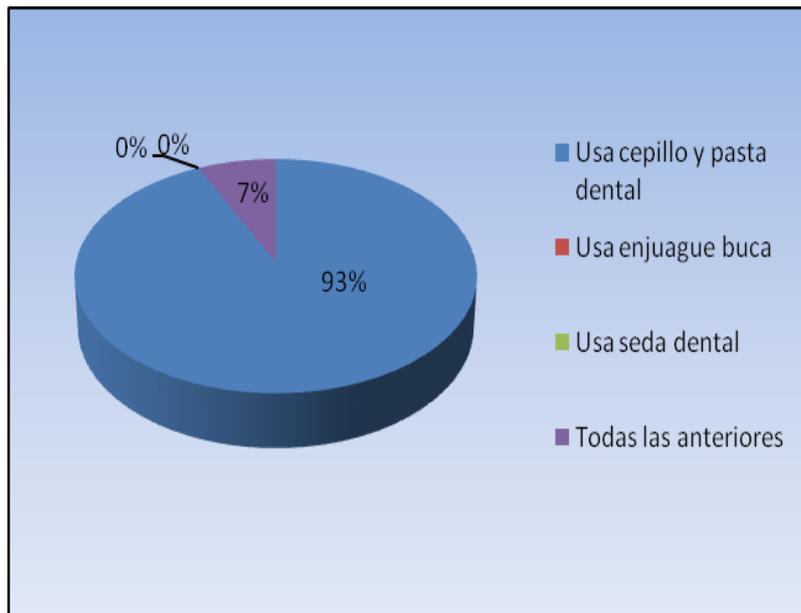
http://encolombia.com/representaciones2_odonto.htm

Basado en la encuestas a los pacientes el 95% considera importante mantener el cuidado de su cavidad bucal para una buena salud oral de cada uno de ellos.

GRAFICUADRO N° 2

2. ¿Qué instrumentos utiliza usted para realizar su higiene oral?

HIGIENE ORAL	F	%
Usa cepillo y pasta dental	93	91%
Usa enjuague bucal	0	0%
Usa seda dental	0	0%
Todas las anteriores	7	7%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 2 con los datos obtenidos se comprueba claramente que 93 personas que corresponde al 93% de los pacientes utilizan cepillo y pasta dental para su higiene oral, no usan en su aseo la seda dental, enjuagues bucales lo que equivale al 0% en ambas, en la que 7 personas restantes equivalentes al 7% piensa que todas las opciones son importantes para mantener la boca en un excelente estado.

... Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado, pasta dental y uso de hilo dental evitan problemas posteriores, y son menos dolorosos y menos costosos que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar...

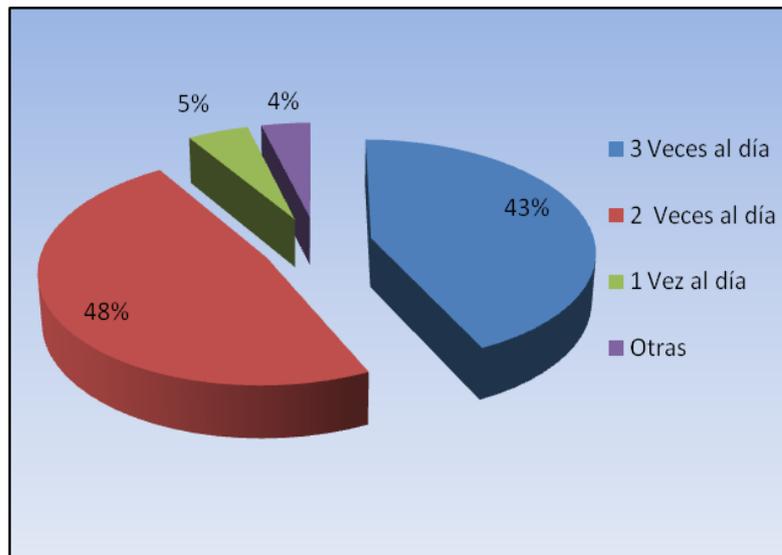
<http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>

Al analizar el porcentaje de la encuestas a los pacientes el 91% utilizan instrumentos para su higiene bucal como el cepillo y la pasta dental como medida de prevención y mantener así una buena salud oral.

GRAFICUADRO N° 3

3. ¿Con que frecuencia al día usted realiza su higiene oral?

HIGIENE ORAL	F	%
3 veces al día	43	43%
2 veces al día	48	48%
1 vez al día	5	5%
Otras	4	4%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficadro N° 3 se ha observado que 48 pacientes equivalentes al 48% de la muestra de encuestados se cepillan los dientes dos veces al día, 43% que corresponden a 43 personas realizan su cepillado con frecuencia de tres veces al día, el 5% dada por 5 personas solo una vez al día y el 4% es decir 4 pacientes se cepillan más veces al día es decir otras o ninguna.

...Por ello hay que instruir a los niños desde pequeños a cepillarse los dientes después de cada comida y antes de irse a dormir, crea un habito de higiene bucal diario.

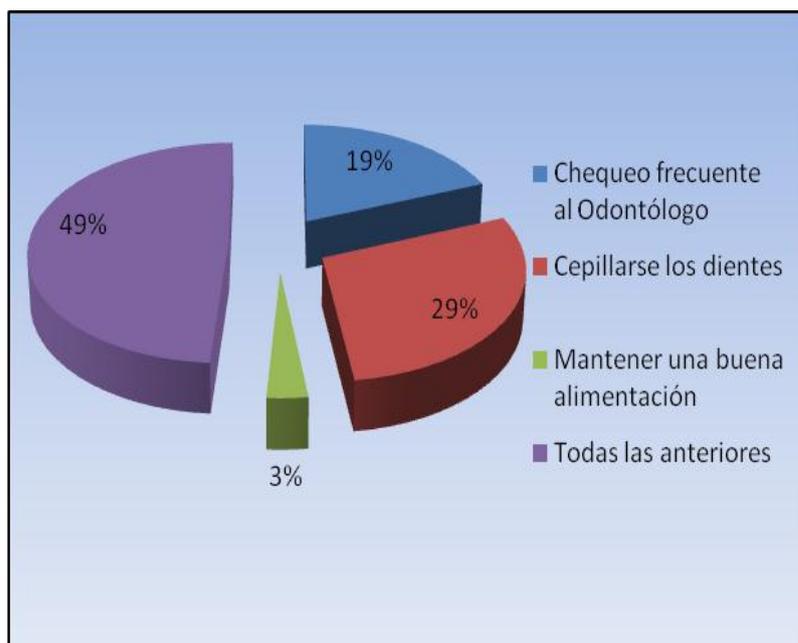
http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado

De los datos obtenidos de las encuestas el 48% de los pacientes atendidos cepillan sus dientes tres veces al día que nos da como resultado que si tienen conocimientos de la importancia de la frecuencia del cepillado de sus dientes.

GRAFICUADRO N° 4

4. ¿Qué medida de prevención considera usted importante para la buena salud bucal?

PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCAL	F	%
Chequeo frecuente al odontólogo	19	19%
Cepillarse los dientes	29	29%
Mantener una buena alimentación	3	3%
Todas las anteriores	49	49%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficcuadro N° 4 como se puede observar 49 pacientes equivalentes al 49% mantienen una buena alimentación, chequeo al odontólogo y cepillado dental para la prevención de futuras enfermedades, 29 pacientes mas, es decir, el 29% cree que solo es importante cepillarse los dientes, el 19% correspondiente a 19 pacientes chequeos frecuentes al odontólogo, y el 3% restante, es decir, 3 pacientes creen que una buena alimentación es suficiente para mantener los dientes sanos y fuertes.

Un programa preventivo persigue la intervención del personal paramédico y del odontólogo, orientando a factores y grupos de riesgo cuyo objetivo es intervenir precozmente con medidas de auto cuidado como técnica de higiene bucal y dieta y prevención específica de caries y enfermedades gingivales y periodontales.

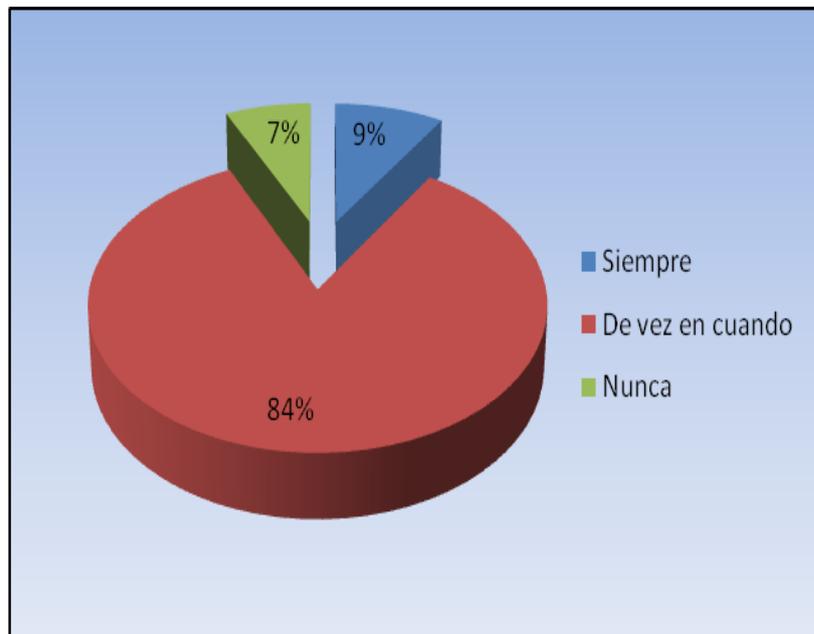
<http://www.vidaysalud.com/daily/tu-salud-oral/salud-oral>

Según el análisis de la encuestas el 49% de los pacientes creen importante mantener medidas preventiva, como cepillarse los dientes, una buena alimentación y chequeo al odontólogo para una buena salud bucal.

GRAFICUADRO N° 5

5. ¿Con que frecuencia Ud. asiste al odontólogo?

ASISTENCIA AL ODONTÓLOGO	F	%
Siempre	9	9 %
De vez en cuando	84	84%
Nunca	7	7%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 5 el 84% correspondiente a 84 de los pacientes asisten a la consulta dental de vez en cuando, mientras el 9%, es decir, 9 pacientes siempre asisten y el 7% que corresponde a 7 no van nunca.

... además de las medidas preventivas es de gran importancia la consulta periódica cada 6 meses.

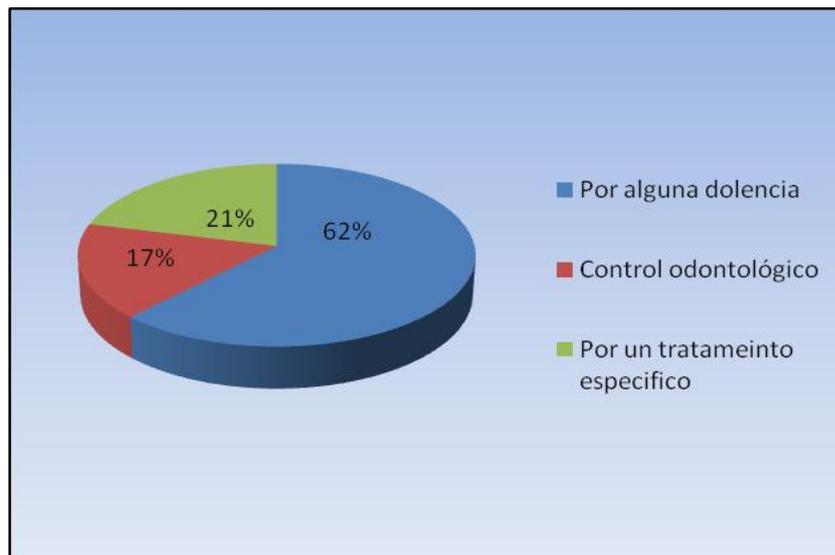
<http://aldentista.com/blog/index.php/tag/prevencion>

Al analizar el porcentaje de los pacientes que asisten al odontólogo el 84% lo que nos da como resultado que existe un alto índice que acude de vez en cuando a la consulta odontológica.

GRAFICUADRO N° 6

6. ¿Cuál es el motivo por el que usted asiste a la consulta odontológica?

MOTIVO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA	F	%
Por alguna dolencia	62	62%
Control odontológico	17	17%
Por un tratamiento específico	21	21%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 6 el 62% correspondiente a 62 de los pacientes acuden a la consulta odontológica por algún tipo de dolencia, el 21%, es decir, 21 de ellos asisten por un control odontológico, y el 17% correspondiente a 17 pacientes van por un tratamiento en específico.

...Hay pautas simples que cada uno de nosotros puede seguir para reducir significativamente el desarrollo de caries, las enfermedades de las encías y otros problemas dentales...

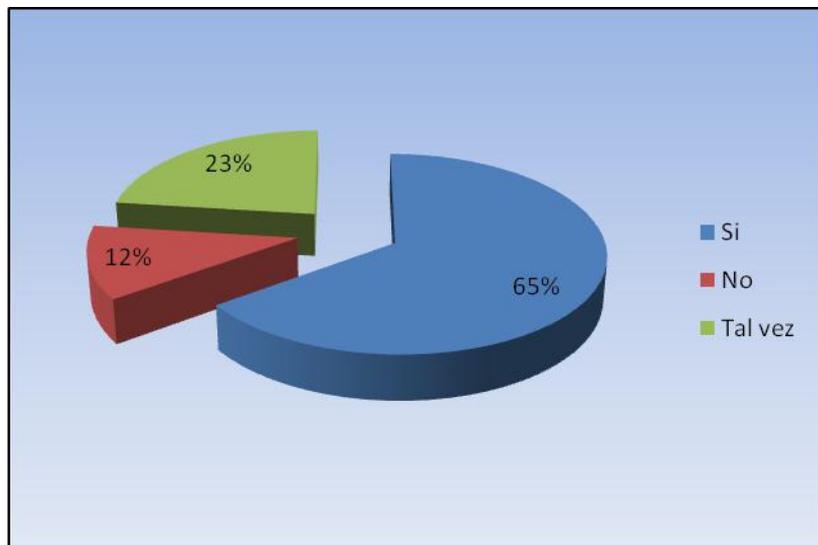
<http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>.

Al analizar los porcentajes de las encuestas de los pacientes el 62% asisten a la consulta odontológica por alguna dolencia que nos da como resultado un alto índice que los pacientes buscan atención odontológica.

GRAFICUADRO N° 7

7. ¿Cree usted que cuando los dientes están en mala posición, requiere una mayor limpieza?

POSICIÓN DENTARIA	F	%
Si	65	65%
No	12	12%
Tal vez	23	23%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 7 el 65% equivalente a 65 de los pacientes tiene conocimiento acerca de que las malas posiciones son lugares más retentivos para la acumulación de comida, 23 de ellos, es decir, el 23% no sabe a ciencia cierta sobre la importancia de estos, y el 12% correspondiente a 12 pacientes restantes no creen importante una limpieza mayor sobre estos dientes.

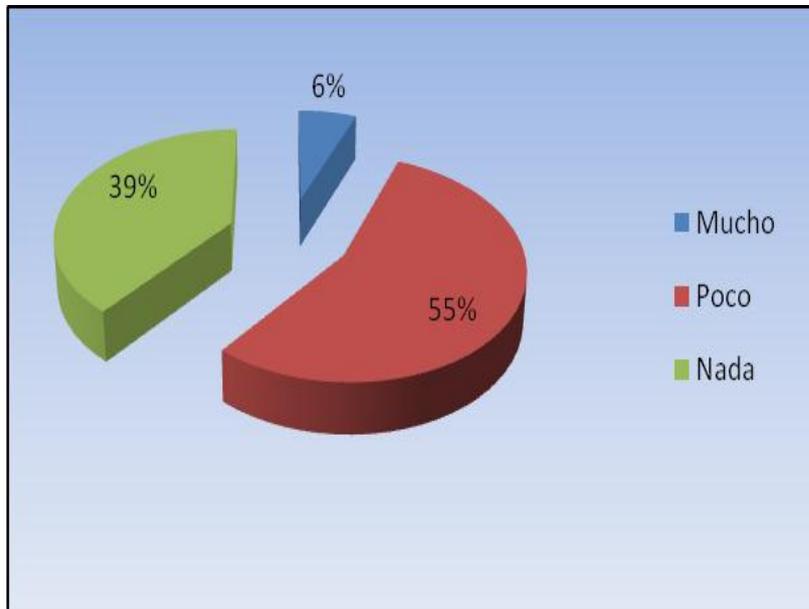
Para Lindhe, J. y otros. (2005)...*Aquellas personas que tengan un apiñamiento en la boca tendrán más tendencia a acumular placa bacteriana y sarro. Estas personas deberán de esforzarse más en sus hábitos de higiene oral...*pág. 212

De los datos obtenidos el 65% de los pacientes si tienen conocimiento sobre las posiciones dentarias ya estas requieren una mayor limpieza.

GRAFICUADRO N° 8

8. ¿Durante el cepillado sus encías sangran espontáneamente?

SANGRADO DURANTE EL CEPILLADO	F	%
Mucho	6	6%
Poco	55	55%
Nada	39	39%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el análisis del graficoadro N° 8 se puede observar que 55% equivalentes a 55 de los pacientes, sus encías tienden a sangran poco, en el 39%, es decir, 39 de ellos no les sangran y solo el 6%, es decir, 6 pacientes presentan sangrados de mayor cantidad.

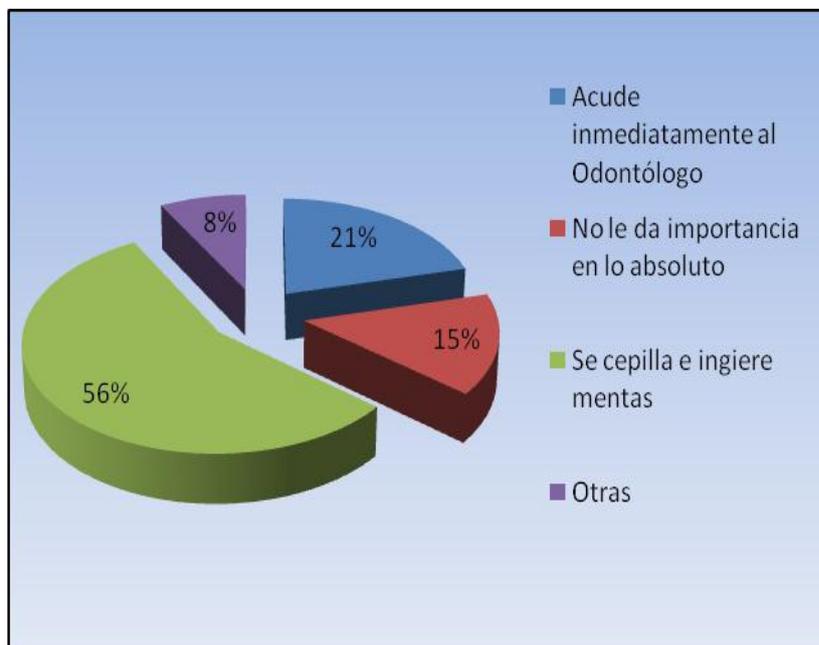
Para Barrios, G. y otros. (2004)...Uno de los primeros signos es la hemorragia fácil con el uso de la seda dental o con presión suave del cepillo dental, sin cambios de color o de forma. Estas manifestaciones se deben a la respuesta inflamatoria de los capilares subyacentes, que muestra vasodilatación y salida de los elementos celulares y el suero al exterior... pág. 523

De acuerdo a los resultados de las encuestas de los pacientes el 55% presentan poco sangrado de sus encías durante el cepillado

GRAFICUADRO N° 9

9. ¿Cuándo usted presenta mal aliento y le sangran las encías durante el cepillado?

MAL ALIENTO Y SANGRADO DE LAS ENCÍAS	F	%
Acude inmediatamente al odontólogo	21	21%
No le da importancia en lo absoluto	15	15%
Se cepilla y mastica mentas	56	56%
Otras	8	8%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 9 se muestra claramente que de los pacientes encuestados el 56 de ellos equivalentes al 56% se cepillan e ingieren mentas al momento de presentar mal aliento en su boca y sangrado de sus encías, el 21%, es decir, 21 pacientes acuden inmediatamente al odontólogo, el 15% de los pacientes no le da importancia en lo absoluto, y el 8% restante realizan otro tipo de curaciones como por ejemplo el uso de aguardiente o té de manzanilla, además de enjuagarse de manera inmediata con algún colutorio.

...El mal aliento o halitosis se produce por la descomposición bacteriana de restos de alimentos entre los dientes, de saliva, de células de la mucosa oral o de sangre que generan sustancias volátiles y componentes de sulfurados...

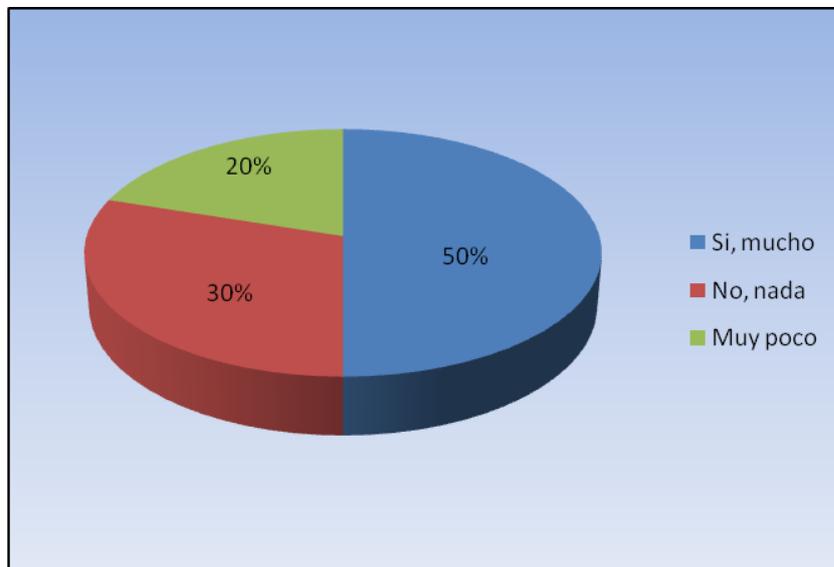
<http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>

En los resultados de las encuestas el 56% nos demuestra que los pacientes ingieren mentas al momento de presentar mal aliento.

GRAFICUADRO N° 10

10. ¿El estudiante que le realizó el tratamiento, le informo sobre las medidas preventivas?

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	F	%
Sí, mucho	50	50%
No, nada	30	30%
Muy poco	20	20%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 10 se puede observar los resultados, comprobamos que la mitad de los pacientes es decir, el 50% de ellos, fueron informados sobre cómo mantener su salud bucal después del tratamiento recibido, para evitar que vuelva a presentarse dicha enfermedad, el 50% restante, entre el 30% correspondiente a 30 pacientes no recibieron nada de información y el 20%, es decir, 20 pacientes afirmaron que la información era muy poca.

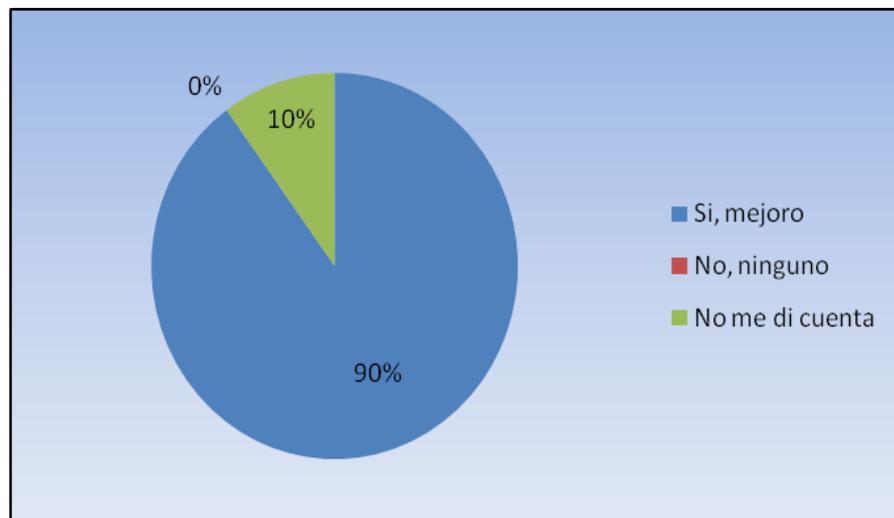
Ferro, M. B. y otro. (2009)...*Además de las actividades informativas, deben existir muchas otras de motivación y refuerzo permanente, porque muchas veces los logros obtenidos a través de la educación en salud oral del paciente se pueden perder, al punto de volver a estados iniciales, si no existe el debido control...*Pág. 137

De los resultados de las encuestas de los pacientes el 50% fueron informados por los estudiantes sobre las medidas de prevención en salud oral.

GRAFICUADRO N° 11

11. ¿Con el tratamiento que recibió en la clínica odontológica, noto que hubo algún cambio en su cavidad bucal?

CAMBIOS EN SU BOCA	F	%
Si, mejoro	90	90%
No, ninguno	0	0%
No me di cuenta	10	10%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuarro N° 11 como se observa el 90% de los pacientes, es decir, 90 de ellos notaron un gran cambio en su boca, lo que demuestra que dentro de sus conocimientos, los estudiantes realizaron un trabajo satisfactorio, y el 10% restante correspondiente a 10 de ellos no se dieron cuenta del cambio que pudo haber en su cavidad bucal.

...El cambio más obvio que puede notarse seis meses después del tratamiento es el cambio del color del tejido: de un rojizo oscuro a un rosa pálido. El cambio en el color es debido a la disminución o desaparición de la inflamación en la gingiva.

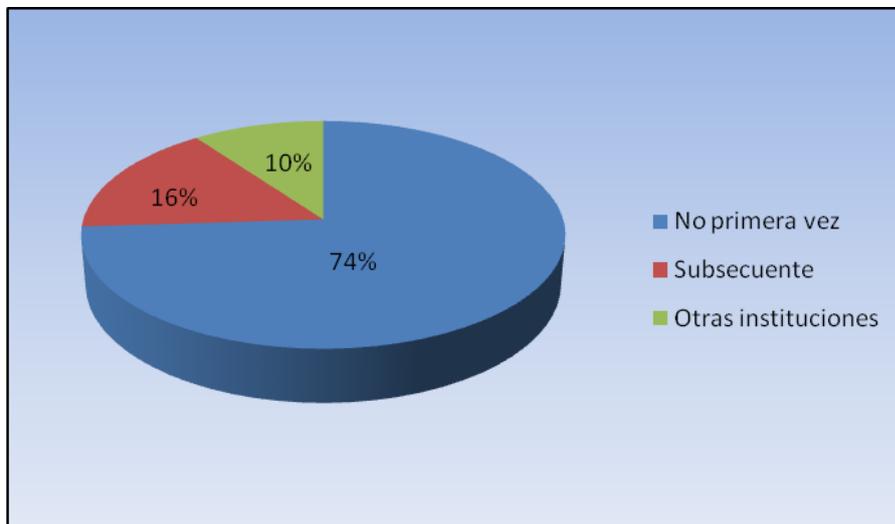
<http://www.sdpt.net/PER/periodontitisa.htm>

Al analizar el porcentaje el 90% de los pacientes notó que hubo cambio en su cavidad bucal

GRAFICUADRO N° 12

12. ¿Se ha realizado antes limpiezas dentales en las clínicas odontológicas de la universidad san Gregorio de Portoviejo?

LIMPIEZAS DENTALES	F	%
No primera vez	74	74%
Subsecuente	16	16%
Otras instituciones	10	10%
TOTAL	100	100%



Fuente: Encuesta dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficcuadro N° 12 como observamos el 74% de los pacientes, es decir, 74 de ellos que fueron atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad, se hicieron el tratamiento de limpieza por primera vez en esta institución, es decir, que en toda su vida nunca tuvieron una profilaxis, y por ende el estado de su boca no iba a ser satisfactoriamente sano, el 16% equivalente a 16 pacientes se han seguido haciendo limpiezas, es decir, son subsecuentes; y el 10% restante, equivalentes a 10 pacientes se han hecho atender en otras instituciones como subcentros y consultorios particulares.

Según Cuenca, E. y otro. (2005)...*ante cualquier paciente que acude a la consulta dental, ya sea por vez primera o en visita de control, es necesario realizar una exploración oral completa encaminada al diagnóstico de cualquier afección oral que pueda presentar...*pág. 185

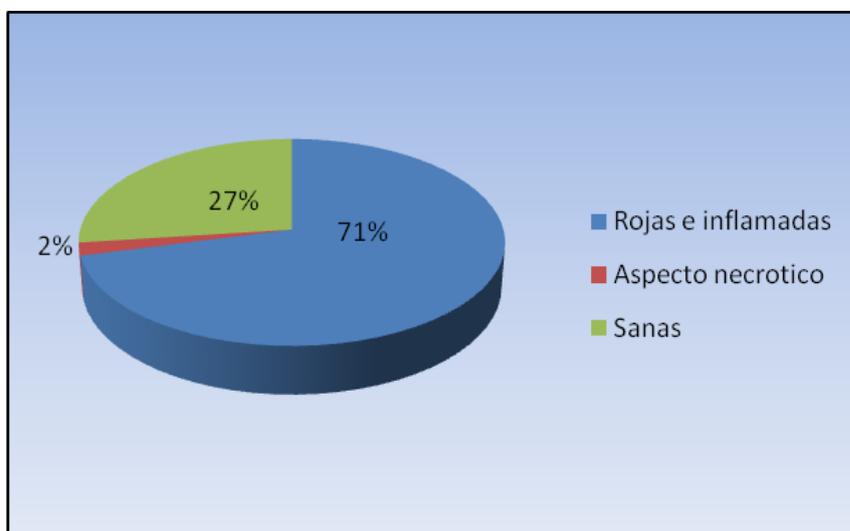
Con los datos obtenidos en las encuestas de los 100 pacientes atendidos el 74% asisten por primera vez a las clínicas odontológicas que nos da como resultado el alto índice que acude por una limpieza bucal.

7.2 RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL 8VO Y 9NO SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO MARZO-SEPTIEMBRE 2010 PARA DETERMINAR SI LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DISMINUYÓ O AUMENTO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO REALIZADO EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS.

GRAFICUADRO N° 1

1. ¿Las encías se encuentran?

OBSERVACIONES	F	%
Rojas e inflamadas	71	71%
Aspecto necrótico	2	2%
Sanas	27	27%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha clínica de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficuaadro N° 1 dentro de la ficha clínica y de observación, el 71% de los pacientes, 71 de ellos presentaban las encías rojas e inflamadas, después del tratamiento que recibieron en la Universidad, lo que da a pensar que no tuvieron un tratamiento totalmente satisfactorio o que simplemente ellos no presentan una cultura sobre cómo mantener su boca en buena salud, el 2%, decir 2 pacientes presentaron un aspecto necrótico de sus encías y solo el 27% equivalente a 27 personas presentaron encías sanas.

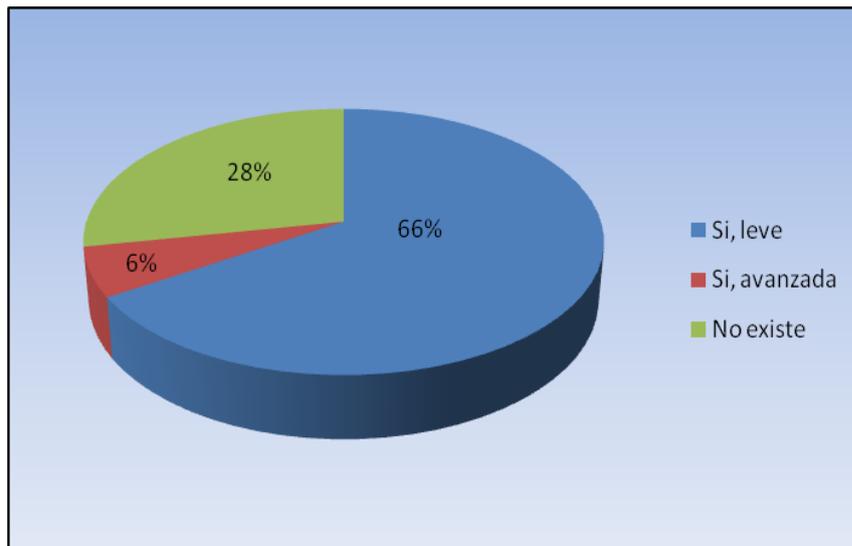
Para Barrios, G. y otros (2004)...*el termino gingivitis implica inflamación de la mucosa gingival; se define como inflamación de la encía. Se puede iniciar sin dar manifestaciones clínicas aparentes (gingivitis subclínica)*...pág. 523

En las encuestas realizadas a los 100 pacientes el 71%, que nos da como resultado que ellos presentan las encías rojas e inflamadas.

GRAFICUADRO N° 2

2. ¿Presenta reabsorción a nivel cervical?

OBSERVACIONES	F	%
Si, leve	66	66%
Si, avanzada	6	6%
No existe	28	28%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha clínica de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 2 mediante la ficha de observación se demuestra que el 66% de los pacientes, 66 de ellos presentan resorción cervical leve, el 6%, es decir, 6 de ellos presenta resorción cervical avanzada, y el 28% equivalente a 28 personas restantes no presentaron.

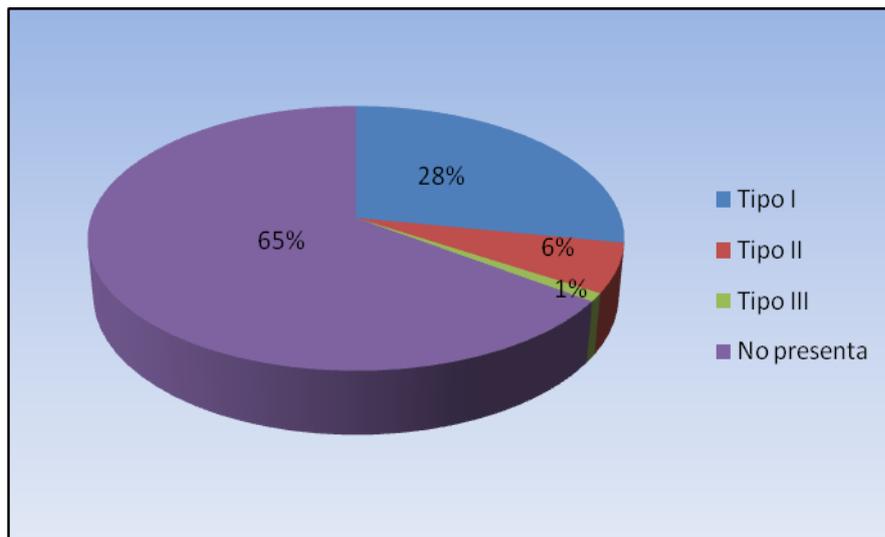
Para Lindhe, J. y otros. (2005)...*la resorción radicular cervical puede dar como resultado inflamación, en particular si se establece una comunicación con el surco gingival, situación que aumenta la formación de placa...*pág. 211

Al analizar el porcentaje de los 100 pacientes que asistieron a las clínicas odontológicas el 66% presentan resorción cervical leve en las piezas dentarias.

GRAFICUADRO N° 3

3. ¿Qué tipo de movilidad dentaria presenta?

OBSERVACIONES	F	%
Tipo I	28	28%
Tipo II	6	6%
Tipo III	1	1%
No presenta	65	65%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha clínica de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 3 se muestra claramente que los pacientes a través de la observación clínica presentaron un 28% que corresponde a 28 de ellos movilidad tipo I en sus piezas dentales, un 6%, es decir, 6 pacientes movilidad tipo II, y solo un 1%, es decir, una persona presento movilidad tipo III, y el resto de pacientes no presento movilidad con un equivalente de 65%.

...La movilidad dentaria podemos clasificarla en tres grados, la que va estar dada por pérdida del ligamento Periodontal; Grado 1: Movilidad horizontal (una ligera movilidad de la pieza dental)...

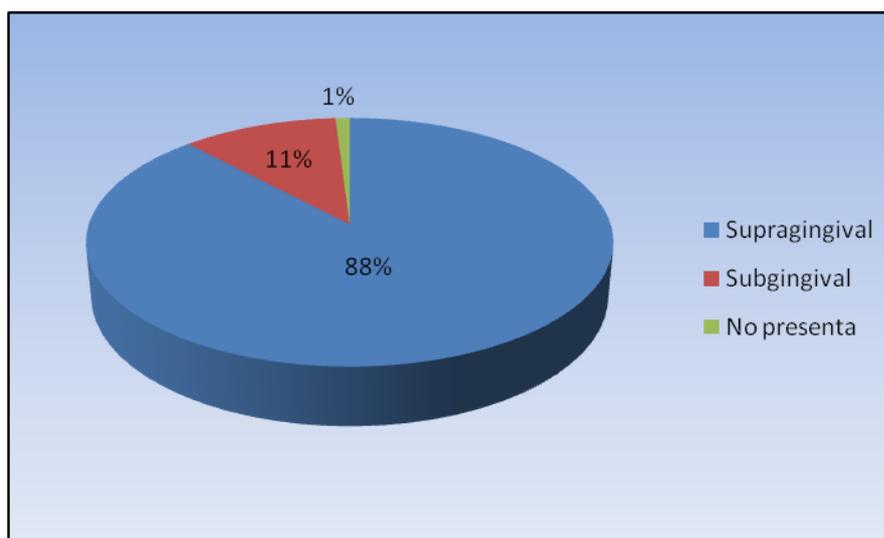
http://salud_bucal2004.pe.tripod.com/salud_bucal/id16.html

Al analizar el porcentaje de los pacientes de las encuestas el 65% no presenta ningún grado de movilidad dentaria.

GRAFICUADRO N° 4

4. ¿Qué tipo de placa bacteriana existe?

OBSERVACIONES	F	%
Supragingival	88	88%
Subgingival	11	11%
No presenta	1	1%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha clínica de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 4 el 88% que corresponde a 88 pacientes se encontró que existe placa bacteriana supragingival, lo que demuestra que los pacientes no tienen un buen hábito de higiene bucal, y más aun no saben de la importancia que implica no eliminarla mediante el cepillado para poder evitar futuras enfermedades bucales, específicamente las periodontales, el 11%, es decir, 11 pacientes presentaron placa subgingival y solo el 1% de los pacientes, es decir 1 persona, no presento ninguna de estos dos tipos de placa.

...La placa supragingival se localiza en la superficie (esmalte) de la porción coronal de la pieza dentaria; se desarrolla en los surcos, defectos o áreas rugosas de la superficie, así como en los márgenes desbordantes de las restauraciones dentales...

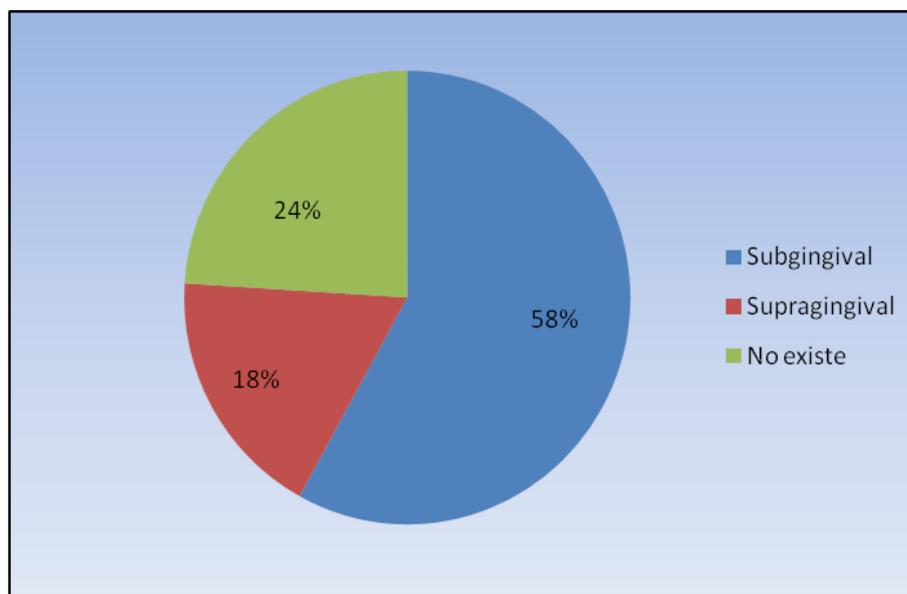
<http://microral.wikispaces.com/Ecosistema+de+la+placa+supragingival>

En un porcentaje del 88% de los pacientes nos demuestra que presentan placa bacteriana supragingival.

GRAFICUADRO N° 5

5. ¿Qué tipo de cálculo dental encontramos?

OBSERVACIONES	F	%
Subgingival	58	58%
Supragingival	18	18%
No existe	24	24%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha clínica de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 5 el 58% de los pacientes correspondiente a 58 de ellos, mediante la ficha de observación presentaron cálculo subgingival, detectada por la transparencia o color negrozco que se observe en la pared gingival, mediante el sondaje realizado; el 24%, es decir, 24 pacientes no presento nada de cálculo dental y el 18% que corresponde a 18 de ellos presentaron cálculo supragingival.

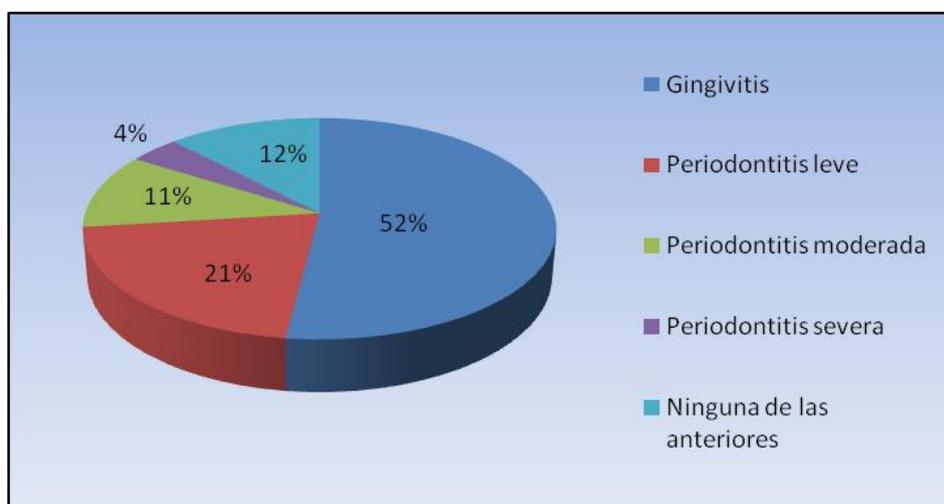
Barrios, G. y otros. (2004)...*Hacen referencia a depósitos calcificados que se presentan por debajo del margen gingival en la encía normal, o por debajo de la pared blanda de los sacos periodontales, en casos de periodontitis. Generalmente no son visibles al examen oral...* pág. 286

En los porcentajes de nuestras fichas de observación el 58% de los pacientes presentan cálculo subgingival.

GRAFICUADRO N° 6

6. ¿Según la profundidad al sondeo y después del tratamiento realizado, el paciente presenta?

OBSERVACIONES	F	%
Gingivitis	52	52%
Periodontitis leve	21	21%
Periodontitis moderada	11	11%
Periodontitis severa	4	4%
Ninguna de las anteriores	12	12%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha clínica de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficcuadro N° 6 al momento de realizar el sondaje para la ficha clínica de observación el 52% equivalente a 52 de los pacientes presentaron Gingivitis, después del tratamiento realizado en la Universidad, el 21%, es decir, 21 pacientes periodontitis leve, el 11% que son 11 pacientes presentaron periodontitis moderada, y el 4%, que corresponde a 4 pacientes periodontitis grave y solo 12%, es decir, 12 pacientes no presento ninguna de estas enfermedades.

Para Barrios, G. y otros. (2004)...*El termino gingivitis implica inflamación de la mucosa gingival; se define como inflamación de la encía. Se puede iniciar sin dar manifestaciones clínicas aparentes (gingivitis subclínica)*...pág. 286

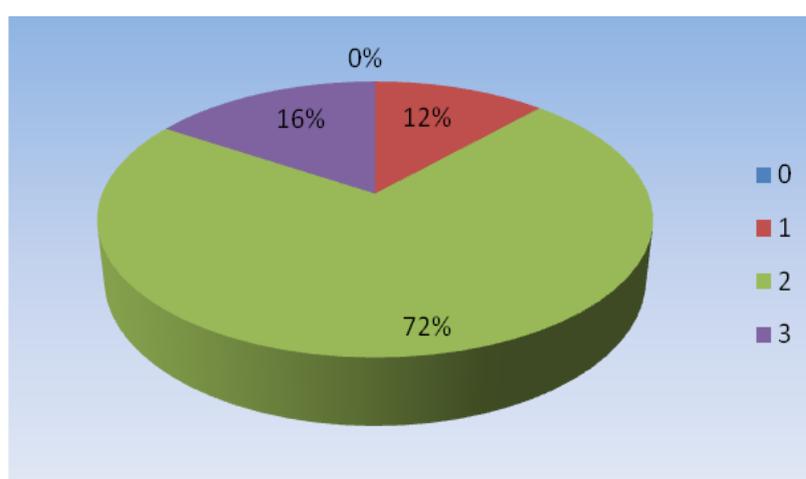
Al analizar el porcentaje de los pacientes en un 52% después del tratamiento recibido presentan gingivitis.

7.3. RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE PLACA BACTERIANA, CÁLCULO DENTAL Y PRESENCIA DE GINGIVITIS A TRAVÉS DE LA FICHA CLÍNICA DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL 8VO Y 9NO SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO.

GRAFICUADRO N° 1

1. Nivel de placa bacteriana en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre

PLACA BACTERIA	F	%
0	0	0%
1	12	12%
2	72	72%
3	16	16%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficcuadro N° 1 mediante el proceso de la ficha de observaciones a través de la exploración bucal el 72% equivalente a 72 pacientes presento placa bacteriana tipo II, el 16% que son 16 personas presento placa bacteriana tipo III, y el 12% que corresponde a 12 pacientes restante presento placa bacteriana tipo I, ya que ninguno de los pacientes que fueron sometidos al sondaje estuvo libre de la acumulación de placa bacteriana.

...Grado 2: Presencia de placa bacteriana teñida que cubre total o parcialmente el tercio cervical así como el tercio medio...

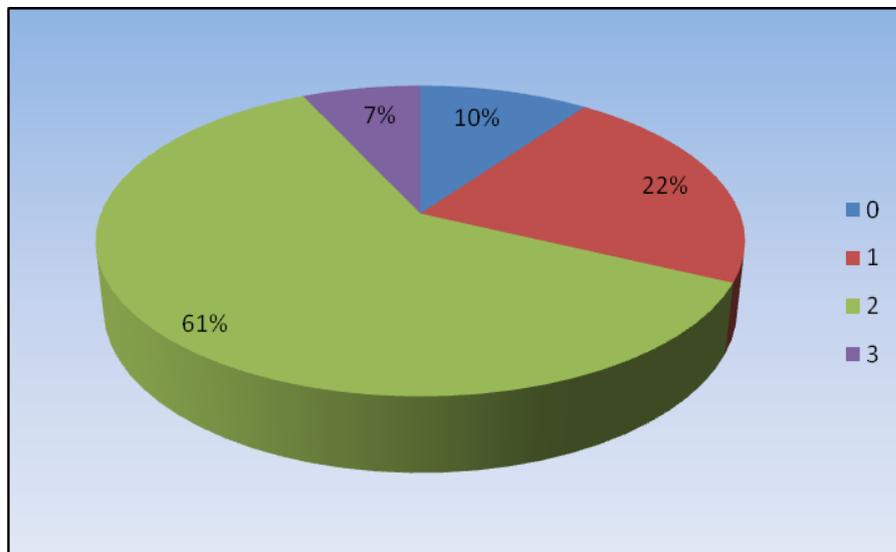
<http://www.scribd.com/doc/4605690/Periodoncia>

El porcentaje de la exploración bucal de los pacientes en un 72% presenta placa bacteriana tipo II.

GRAFICUADRO N°2

2. Niveles de cálculo dental en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre

CÁLCULO	F	%
0	10	10%
1	22	22%
2	61	61%
3	7	7%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el graficoadro N° 2 de los datos que obtuvimos a través de la ficha de observación, el 61% correspondiente a 61 de los pacientes presentan cálculo tipo II, el 22% equivalente a 22 personas presenta calculo tipo I, el 10% no presenta calculo dental y solo el 7% restante, es decir, 7 pacientes presentaron cálculo tipo III.

...Grado 2: Cálculo supragingival que cubre el tercio cervical y medio, o cálculo subgingival discontinuo...

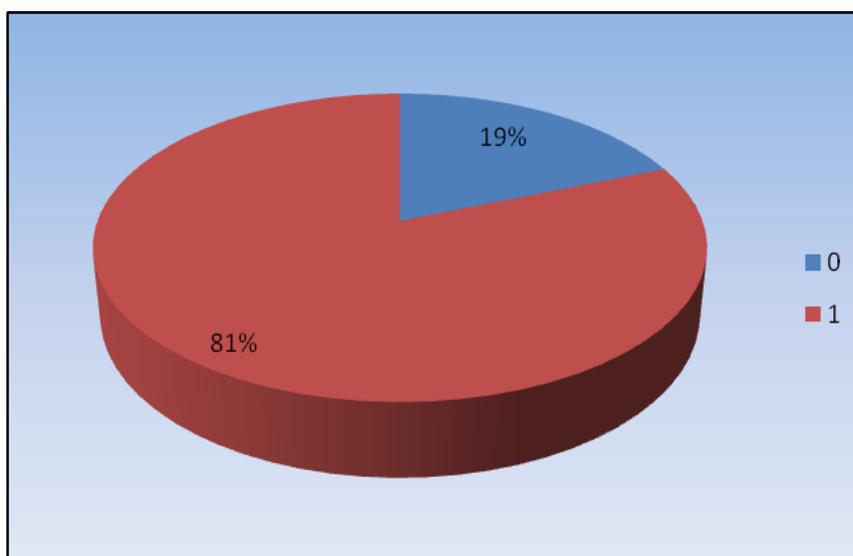
<http://www.scribd.com/doc/4605690/Periodoncia>

Al analizar los porcentajes en un 61% de los pacientes presentan cálculo tipo II.

GRAFICUADRO N°3

3. Niveles de gingivitis en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre.

GINGIVITIS	F	%
0	19	19%
1	81	81%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este graficadro N° 3, a través de los datos recopilados, observamos que el 81% correspondiente a 81 de los pacientes atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo aun presentan gingivitis, y solo el 19% equivalentes a 19 personas no lo presentan.

...la gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía, sin migración apical del epitelio de inserción, y por tanto sin destrucción de los tejidos de soporte del diente...

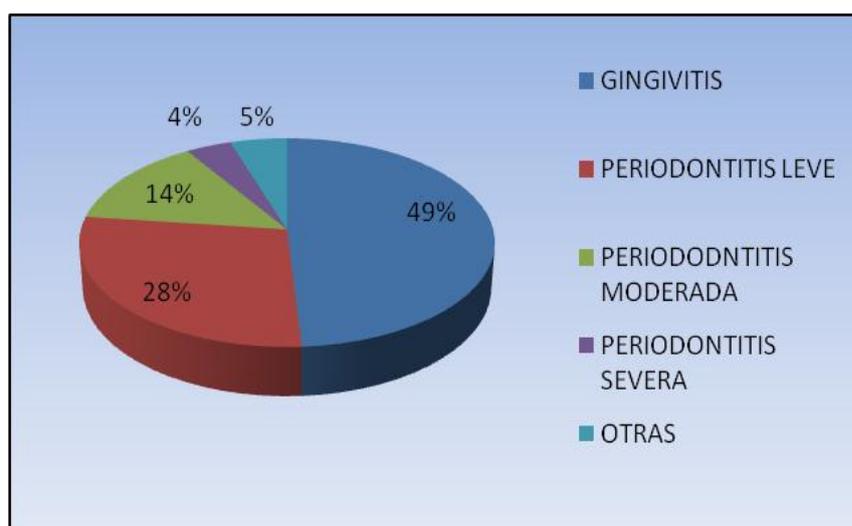
<http://enfermedadesoralesessc.blogspot.com/2009/09/gingivitis-es-una-enfermedad-bucal.html>

Al analizar el porcentaje de los pacientes que asistieron a las clínicas odontológicas el 81% aun presentan gingivitis.

7.4. RESULTADOS COMPARATIVOS DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES QUE PRESENTARON LOS PACIENTES DEL 8VO Y 9NO SEMESTRE DURANTE EL PERIODO MARZO HASTA SEPTIEMBRE DEL 2010, CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS ACTUALMENTE A TRAVÉS DEL SONDAJE SE QUE REALIZÓ MEDIANTE LA FICHA CLÍNICA DE OBSERVACIÓN.

GRAFICUADRO N° 1

SONDAJE ANTERIOR	F	%
Gingivitis	49	49%
Periodontitis leve	28	28%
Periodontitis moderada	14	14%
Periodontitis severa	4	4%
Ninguna de las anteriores	5	5%
TOTAL	100	100%

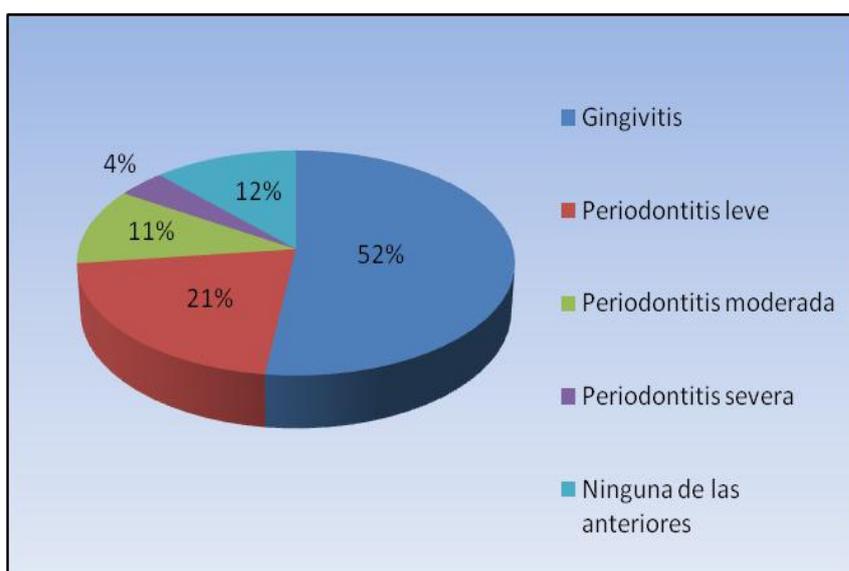


Fuente: Fichas clínicas del departamento de odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

Elaboración: Estudiantes del 8vo y 9no semestre de las clínicas odontológica.

GRAFICUADRO N° 2

SONDAJE ACTUAL	F	%
Gingivitis	52	52%
Periodontitis leve	21	21%
Periodontitis moderada	11	11%
Periodontitis severa	4	4%
Ninguna de las anteriores	12	12%
TOTAL	100	100%



Fuente: Ficha de observación dirigida a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Elaboración: Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las estadísticas basadas mediante las fichas de observación realizadas a los pacientes, se muestra claramente que a través del sondaje comparado con las fichas clínicas de la Universidad, el porcentaje de la Gingivitis ha aumentado con un 52% sobre un 49%, en cuanto a Periodontitis leve nos muestra claramente que hay una disminución de 21% sobre el 28%, en lo que es Periodontitis moderada nos entrega un porcentaje del 14% y un 11%, en Periodontitis severa encontramos un mismo porcentaje del 4% sobre 4%, en la otra opción encontramos un 5% sobre un 12%.

...las más conocidas son la gingivitis o inflamación de las encías y la periodontitis, caracterizadas por cambios inflamatorios y destrucción de los tejidos blandos y del hueso que soporta el diente...

<http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/prevencion/caries.pdf>

De los resultados estadísticos de las enfermedades periodontales, en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo los casos más frecuentes que se encuentran son la Gingivitis y Periodontitis leve, cuyos valores estadísticos equivalen a la mayoría de dichas patologías.

CONCLUSIONES

- A través de todo el trabajo investigativo que se realizó mediante las encuestas, fichas de observación, datos estadísticos y estado actual de la cavidad bucal de los pacientes, se demuestra claramente que los pacientes atendidos durante el periodo marzo – septiembre del 2010, no poseen una cultura preventiva oral óptima para mantener con buena salud la cavidad bucal presentando así enfermedad periodontal.
- Las técnicas del cepillado y su frecuencia, cuentan con escasez de conocimientos por parte de los pacientes atendidos en la Universidad, por lo que no le dan la importancia necesaria, y solo el 48% de los pacientes encuestados se cepillan dos veces al día.
- Lamentablemente hasta el día de hoy las personas acuden a la consulta dental solo cuando presentan algún tipo de dolencia, como lo demuestra claramente el graficoadro N° 6 con el 62% de afirmación.
- Los estudiantes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, solo realizan el tratamiento para cumplir sus casos estipulados en la materia, y no instruyen al paciente de la manera correcta para evitar que la enfermedad reincida o que el tratamiento que han brindado no sea un fracaso, como se demuestra en el graficoadro N° 10, donde el 30% de los pacientes no recibió ningún tipo de información y 20% tuvo una ligera recomendación como medida preventiva.
- Los problemas periodontales que presentaron los pacientes atendidos en la Universidad aumentaron hasta la actualidad; lo que significa que los pacientes no han mantenido su cavidad bucal en chequeos constante al odontólogo y mucho menos cuidados preventivos y profilácticos, para ir

disminuyendo el problema bucal que sin lugar a duda a avanzado o se ha mantenido igual; tan solo el 12%, ya no presenta ninguna enfermedad periodontal, comparado con los datos anteriores que solo era el 5%.

- Debido al poco conocimiento sobre la higiene dental, se produce la acumulación de restos alimenticios, donde la cantidad de placa bacteriana y cálculo dental es elevada, produciendo así que el tratamiento que se realizaron no regenere los tejidos de la manera correcta, y siga avanzando la enfermedad periodontal.

BIBLIOGRAFÍA

1. **BARRIOS, G.** y otros. (2004). Odontología. Bogotá: Royce editores. Tomo I y II.
2. **CARRANZA** y otros. (2006). Periodontología Clínica. 9na Edición. México: Mcgraw-Hill.
3. **CUENCA, E.** y otro. (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. Barcelona. 3ra Edición : Editorial Masson
4. **FERRO, M. B.** y otro. (2009). Fundamentos de la Odontología. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
5. **LINDHE, J.** y otros. (2005). Periodontología clínica e Implantología odontológica. 4ta Edición: Editorial Médica Panamericana.
6. **MOLINA, R.** (2005). Historia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Portoviejo: Imprentas Ramírez.
7. **VARGAS, A. P.** y otros (2008). Revista mexicana de Odontología Clínica. México: Grupo editorial y comunicaciones biomédicas
8. **WOLF, H.** y otros (2005). Periodoncia. 3era Edición. Editorial Masson
9. <http://albucasis.blogspot.com/2009/03/clinica-mivil-albucasis.html>
10. <http://aldentista.com/blog/index.php/tag/Prevencion>

11. http://www.america.edu.pe/gen/index.php?option=com_content&view=article&id=99:importancia-de-la-higiene-oral&catid=30:tips-de-enfermeria&Itemid=85
12. <http://www.bioetica.org.ec/leydesalud.pdf>
13. <http://www.bvs.hn/RHP/pdf/2005/pdf/Vol25-1-2005-3.pdf>
14. <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/saludbucal.pdf>
15. http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/chandia_s/sources/chandia_s.pdf
16. <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20102-perfil4.htm>
17. http://www.encolombia.com/representaciones1_odonto.htm
18. <http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/D/0/D0025401.pdf>
19. [Http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_periodontal](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_periodontal)
20. <http://www.esmas.com/salud/home/noticiashoy/603947.html>
21. <http://hera.ugr.es/tesisugr/18337788.pdf>
22. <http://lbe.uab.es/vm/sp/old/docs/prevencion/caries.pdf>
23. <http://medicinaprepagada.comeva.com.co/publicaciones.php?id=23119>
24. <http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>
25. http://www.periodontitis.net/higiene_bucal.htm

26. http://www.radiodent.cl/epidemiologia/indice_de_higiene_y_periodontales.pdf
27. http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_bucal/perfilepidemiologico.pdf
28. <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n1/v1n1a2.pdf>
29. <http://www.risaralda.gov.co/sitio/salud/index.php/salud-publica/30>
30. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Rodr%C3%ADguez_V_M/cap2.pdf
31. http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_cepillado
32. <http://www.salud.com/salud-dental/higiene-bucal-desde-chiquitos.asp>
33. <http://salud.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=8121>
34. <http://salud.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=8376>
35. <http://salud.edomex.gob.mx/salud/doc/cobiem/CODIGO%20DE%20BIOETICA%20PARA%20EL%20PERSONAL%20RELACIONADO%20CON%20LA%20SALUD.pdf>
36. http://scholar.google.cl/scholar?q=tesis+sobre+enfermedades+periodontal&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
37. <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v19n2/original3.pdf>
38. <http://www.slideshare.net/jennipaulina/factores-de-riesgo-en-la-salud-oral>
39. <http://www.scribd.com/doc/11452572/Codigo-de-Salud>

40. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Allauca_EF/enPDF/T_completo.PDF
41. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2006_n1/pdf/a7.pdf
42. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>
43. <http://www.sld.cu/saludvida/bucodental/>
44. <http://tenemosperiodontitis.blogspot.com/2010/05/caries-y-periodontitis-las-que-mas.html>
45. <http://www.tesisymonografias.net/Enfermedad-periodontal-como-posible-factor-de-riesgo-de/1/>
46. <http://www.tesisymonografias.net/cultura-preventiva-oral-y-enfermedad-periodontal-2008/1/>
47. <http://www.ucv.ve/estructura/facultades/facultad-de-odontologia/pregrado/catedras/periodoncia.html>
48. <http://www.vidaysalud.com/daily/tu-salud-oral/salud-oral/>
49. <http://www.odntlogiavirtual.com/2009/03/programas-escolares-de-salud-bucal.hyml>

PROPUESTA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

1.1 TÍTULO

Charlas educativas a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en la asignatura de Periodoncia.

1.2 ENTIDAD EJECUTORA

Clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo

1.3 CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tipo social de orden educativo

1.4 LOCALIZACIÓN

Cantón Portoviejo

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La investigación ejecutada a 100 pacientes que fueron atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre en el periodo marzo – agosto del 2010 de la Universidad San Gregorio de Portoviejo mediante la realización de encuestas han permitido identificar los siguientes resultados.

La mayor parte de los encuestados que corresponde al 95% consideran importante el cuidado de su cavidad bucal para mantener una buena salud oral, donde el 93 % solo utiliza para su higiene oral la pasta y el cepillo con una frecuencia de dos veces al día equivalente al 48%.

Dentro de las medidas de prevención que los pacientes consideran importantes para la buena salud bucal, el 49% opina que tanto el chequeo frecuente al odontólogo, el cepillarse los dientes y mantener una buena alimentación contribuyen a la misma; asistiendo el 84% de vez en cuando a la consulta odontológica, con el 62% por algún motivo de dolencia, dónde el 65% creen que los dientes en mala posición requieren mayor limpieza.

Además el 55% presentaron sangrado espontáneo de sus encías, y cuando han presentado mal aliento el 56% se cepilló sus dientes y mastico mentas para tratar de eliminar el mal olor; ya que la información por parte del estudiante después del tratamiento realizado fueron del 50%, donde notaron cambios en su cavidad bucal en el 90% de los casos, y el 74% de ellos fueron atendidos por primera vez.

Muchos pacientes tienen una idea y tienen conciencia de la importancia de la salud bucal pero lamentablemente no aplican las normas preventivas, ya que no las poseen en su totalidad, donde unos muestran cierto interés y los demás hacen que pasen desapercibidas todo tipo de signos presentes en la cavidad bucal representativos de las enfermedades periodontales.

Solo actuando en el campo educativo y preventivo se centrarán bases para así poder informar y beneficiar a los pacientes que además de realizarles un tratamiento tienen el derecho de ser informados con normas preventivas para evitar la reaparición de dicha enfermedad.

3. MARCO INSTITUCIONAL

La Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo fue inaugurada el 21 de diciembre del 2000 como una base de extensión en Portoviejo de la Universidad Laica Vicente Rocafuerte, para satisfacer la demanda de la juventud manabita, que ansiaba tener un centro de educación superior.

La facultad de odontología se inició el día 14 de mayo del 2001, iniciando sus labores académicas, facultad que funcionó con tres niveles, comprendidos en once semestres y con 66 estudiantes.

- Un semestre básico.
- Nueve semestres de formación profesional.
- Un semestre pre profesional o intermedio.

Actualmente existen clínicas odontológicas, adecuadas para la atención de los pacientes, que buscan soluciones de acuerdo a sus necesidades.

Desde ese momento hasta la actualidad la universidad ha funcionado con gran éxito, donde estudiantes y profesionales se esmeran día a día para brindar una mayor atención a aquellas personas que recurren a la atención brindada, que además de ser gratuita es de excelente calidad.

Los servicios que brinda la carrera de odontología cuenta con diferentes especialidades odontológicas como:

- Operatoria
- Endodoncia
- Placa removible
- Placa fija
- Cirugía
- Periodoncia
- Odontopediatria
- Ortodoncia

A esto se suma que la institución consta con varias aéreas equipadas para la atención del paciente: Clínicas odontológicas A, B y C, sala de cirugía, sala de RX, sala de espera, preclínicas, y la presencia del ascensor para aquellas personas discapacitadas, además de constar con profesionales encargados para cada especialidad de la carrera, y de personas que brindan su ayuda para sacar las fichas clínicas y tener así un registro de ellos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Fomentar mediante las charlas educativas a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de Periodoncia para crear en ellos una mejor cultura preventiva oral y evitar que se vuelva a presentar la enfermedad periodontal.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Concienciar a los paciente is clínicas odontológicas de la
Universidad San Gregorio de la importancia de mantener una buena salud bucal.
- Motivar a los estudiantes para que además de cumplir los casos estipulados en dicha asignatura, eduquen al paciente a que se realicen controles periódicos.
- Facilitar a los pacientes que acuden las clínicas odontológicas materiales de información referentes a las enfermedades periodontales y normas preventivas de salud bucal.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

La siguiente propuesta de tipo social y de orden educativa dirigida a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo tiene como finalidad proporcionar información de manera preventiva para evitar problemas bucodentales como son las enfermedades periodontales y así disminuir su incidencia, mediante charlas educativas y folletos para la instrucción de ellos.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos serán los pacientes que acuden a la atención odontológica de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, ya que la falta de información que muchas veces no brinda el estudiante después de el tratamiento

periodontal, hace que estas personas no tengan un control adecuado sobre su cavidad bucal, reapareciendo la enfermedad periodontal.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta de alternativa de solución consta de dos etapas:

La primera etapa consiste:

- Socialización de la propuesta
- Entrega de trípticos como material de apoyo para las charlas educativas que se brindarán a los pacientes que asisten a las clínicas de periodoncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo
- Entrega de dos gigantografías sobre enfermedad periodontal y medidas preventivas, que se dejarán ubicadas en las salas de espera para que los pacientes puedan revisar constantemente cada vez que asistan al lugar.
- Firma de acta de compromiso por parte de la coordinadora de la carrera de odontología en la que acepta continuar dando charlas educativas por parte de los estudiantes como un requisito fundamental para su educación profesional.

La segunda etapa consiste

- Facilitar charlas educativas a los pacientes que asisten a las clínicas de Periodoncia de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, desde el 3 hasta el 7 de enero del 2011.

Los temas a tratar son:

- Métodos preventivos para evitar la enfermedad periodontal
- Higiene bucal
- Técnicas del cepillado
- Características de las enfermedades periodontales

8. PRESUPUESTO

Actividades	Recursos	C	Unit.	V.	Existe	A	Fuente
				total		financiar	
Charlas	Gigantografía	2	21.50	43.00	SI	0	Autoras
	Trípticos	200	0.20	40.00	SI	0	Autoras
Distribución de elementos de higiene bucal	Gigantografía	2	21.50	43.00	SI	43.00	Autoras
	Trípticos	200	0.20	40.00	SI	40.00	Autoras
	Cepillos dentales	50	0.30	15.00	SI	15.00	Autoras
	Gastos extras				22.00	SI	22.00
TOTAL				120.00		120.00	Autoras

9. CRONOGRAMA

ETAPAS	ACTIVIDADES	MESES							
		DICIEMBRE				ENERO			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1RA. ETAPA	Recopilación de la información y elaboración de trípticos.	X	X						
	Socialización de la Propuesta.		X						
	Elaboración del plan de Charlas			X					
2DA. ETAPA	Charlas Educativas					X			

	Entrega de Material didáctico					X			
--	-------------------------------	--	--	--	--	---	--	--	--

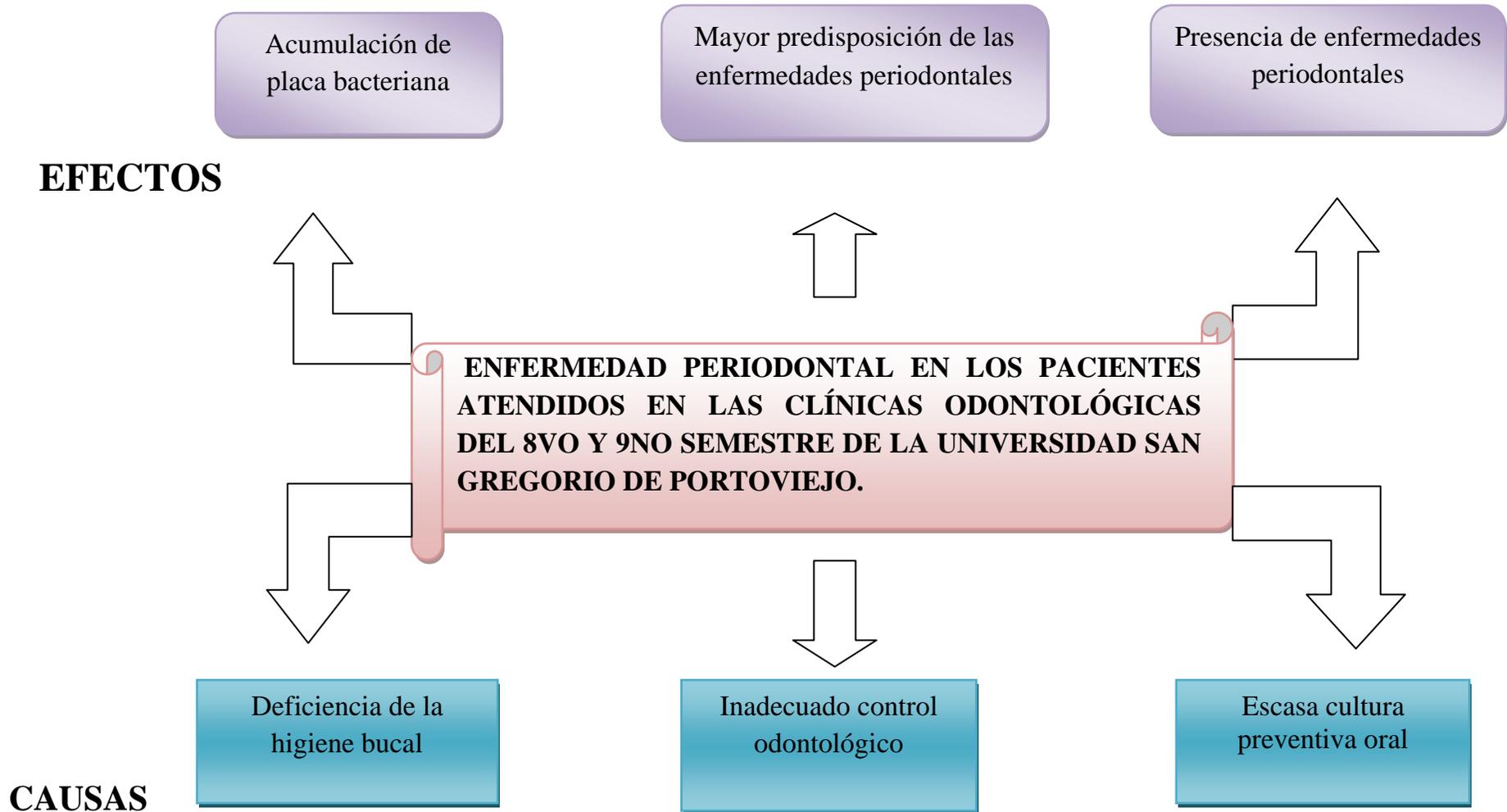
10. SOSTENIBILIDAD

La propuesta es sostenible por la existencia del equipo de profesionales que presenta la Universidad San Grego, la coordinadora de la carrera, los profesionales de las asignaturas, los estudiantes y los miembros que se encuentran en las clínicas para entregar la información de los trípticos cada vez que asiste un paciente a realizarse un tratamiento periodontal.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto está financiado en su totalidad por las autoras.

ANEXO 1



RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	
					AUTOGESTIÓN	APORTE EXTERNO
PAPEL	3	RESMA	5.00	15.00	15.00	
TEXTO EN CD	3	TEXTOS	2.00	6.00	6.00	
TINTA NEGRA	3	TONER	16.00	48.00	48.00	
TINTA DE COLOR	3	TONER	30.00	90.00	90.00	
FOTOCOPIAS	100	UNIDAD	0.02	2.00	2.00	
MEMORY FLASH	1	UNIDAD	20.00	20.00	20.00	
ENCUADERNACIÓN	4	EJEMPLAR	15.00	60.00	60.00	
VIÁTICOS EN BUS	200	VIAJES	0.25	50.00	50.00	
VIÁTICOS EN TAXI	60	VIAJES	1.00	60.00	60.00	
INTERNET	5	MESES	35.00	175.00	175.00	
TOTAL	252				526.00	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEPT	OCT	NOV	DIC.	ENERO	FEBRE.
Elaboración y proyecto del proyecto.						
Investigación de la parte teórica.						
Elaboración de instrumentos de recolección de datos.						
Prueba de instrumentos recolectores de datos.						
Aplicación de instrumentación de trabajos.						
Tabulación de datos obtenidos de instrumentación.						
Elaboración de cuadros estadísticos.						
Análisis de resultados y conclusiones						
Elaboración de la propuesta.						
Desarrollo de la propuesta.						
Redacción del informe final.						
Entrega de ejemplares anillados 10-01-11 y sustentación privada 12-15.01.11						
Entrega de ejemplares de tesis empastados y con solicitud 24-28.01.11						
Sustentación pública 1-12.02 11						



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FORMULARIO DE ENCUESTA

DIRIGIDO A: LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL 8VO y 9NO SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO.

SOBRE: CULTURA PREVENTIVA ORAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

INDICACIONES:

- a) Somos estudiantes de odontología de la universidad san Gregorio de Portoviejo y necesitamos su colaboración para este trabajo investigativo.
- b) La encuesta es anónima.
- c) Requerimos que responda a todas las preguntas del cuestionario.
- d) Por favor contestar únicamente a una alternativa en cada pregunta.
- e) Se le agradece su colaboración

CONTENIDO:

- 1. ¿Considera usted importante, el cuidado de su cavidad bucal para mantener una buena salud oral?
 - a. Si ()
 - b. No ()
 - c. No sé ()

- 2. ¿Qué instrumentos utiliza usted para realizar su higiene oral?
 - a. Uso cepillo y pasta dental ()
 - b. Uso enjuague bucal ()
 - c. Uso hilo dental ()
 - d. Todas las anteriores ()

- 3. ¿Con que frecuencia al día usted realiza su higiene oral?
 - a. 3 veces al día ()
 - b. 2 veces al día ()
 - c. 1 vez al día ()
 - d. Otras ()

- 4. ¿Qué medidas de prevención considera usted importante para una buena salud bucal?
 - a. Chequeo frecuente al odontólogo ()
 - b. Cepillarse los dientes ()
 - c. Mantener una buena alimentación ()
 - d. Todas las anteriores ()

5. ¿Con que frecuencia Ud. asiste al odontólogo?
- a. Siempre ()
 - b. A veces ()
 - c. Nunca ()
6. ¿Cuál es el motivo por el que Ud. asiste a la consulta odontológica?
- a. Por alguna dolencia ()
 - b. Por control odontológico ()
 - c. Por algún tratamiento específico ()
7. ¿Cree usted que cuando los dientes están en mala posición, requieren una mayor limpieza?
- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. No sé ()
 - d. Tal vez ()
8. ¿Durante el cepillado sus encías sangran espontáneamente?
- a. Mucho ()
 - b. Poco ()
 - c. Nada ()
9. ¿Cuándo usted presenta mal aliento y le sangran las encías durante el cepillado?
- a. Acude inmediatamente al odontólogo ()
 - b. No le da importancia en lo absoluto ()
 - c. Se cepilla y masticó mentas ()
 - d. Otras ()
10. ¿El estudiante que le realizo el tratamiento le informo acerca de medidas preventivas?
- a. Sí, mucho ()
 - b. No, nada ()
 - c. Muy poco ()
11. ¿Con el tratamiento que recibió en la clínica odontológica, notó que hubo algún cambio en su cavidad bucal?
- a. Si, mejoro ()
 - b. No, ninguno ()
 - c. No me di cuenta ()
12. ¿Se ha realizado antes limpiezas dentales en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo?
- a. Por Primera vez ()
 - b. Subsecuente ()
 - c. En otras instituciones ()

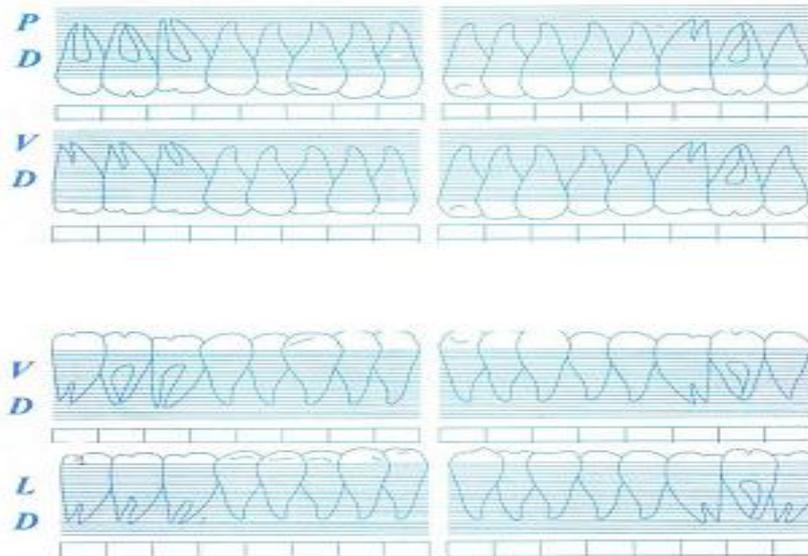
FICHA CLÍNICA

Fecha:..... **N de H.C:**.....
Nombres:..... **Edad:**.....
Apellidos:..... **Teléfono:**.....
Domicilio:.....

INDICADORES DE SALUD.

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL									
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA									
PEZAS DENTALES					PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS		
					0-1-2-3	0-1-2-3	0-1		
16		17		55					
11		21		51					
26		27		65					
36		37		75					
31		41		71					
46		47		85					
TOTALES									

MEDICION A TRAVES DEL SONDAJE



DOY FE DE LA VERACIDAD DE ESTA INFORMACIÓN

.....
 Firma del paciente

.....
 Firma de la Egresada de Odontología



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN

ASPECTO A OBSERVAR: ESTADO DE EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES PERIODONTALES.

DIRIGIDO A: PACIENTES ATENDIDOS EN LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS DEL 8VO Y 9NO SEMESTRE DE LA UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO.

CONTENIDO:

- 1. ¿Las encías se encuentran?**
 - a. Rojas e inflamadas ()
 - b. Aspecto necrotico ()
 - c. Sanas ()

- 2. ¿Presenta resorcion a nivel cervical?**
 - a. Si, leve ()
 - b. Si, avanzada ()
 - c. No existe ()

- 3. ¿Qué tipo de movilidad presenta?**
 - a. Tipo I ()
 - b. Tipo II ()
 - c. Tipo III ()
 - d. No presenta ()

- 4. ¿Que tipo de placa bacteriana existe?**
 - a. Supragingival ()
 - b. Subgingival ()
 - c. No presenta ()

- 5. ¿Qué tipo de calculo dental encontramos?**
 - a. Subgingival ()
 - b. Supragingival ()
 - c. No existe ()

- 6. ¿Según la profundidad al sondeo y despues del tratamiento realizado, el paciente presenta?**
 - a. Gingivitis ()
 - b. Periodontivis leve ()
 - c. Periodontitis moderada ()
 - d. Periodontitis severa ()
 - e. Ninguna de las anteriores ()

CULTURA PREVENTIVA ORAL
FORMA CORRECTA DEL CEPILLADO Y SUS IMPLEMENTOS



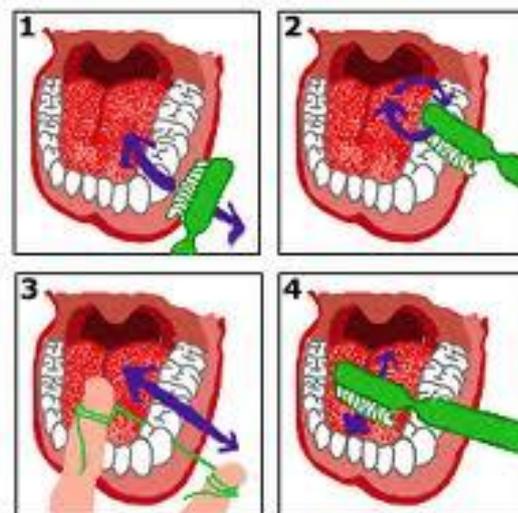
Salud oral y su importancia pág. 7



Representaciones de la relación odontólogo-paciente pág. 10



Técnicas y frecuencia del cepillado pág. 14





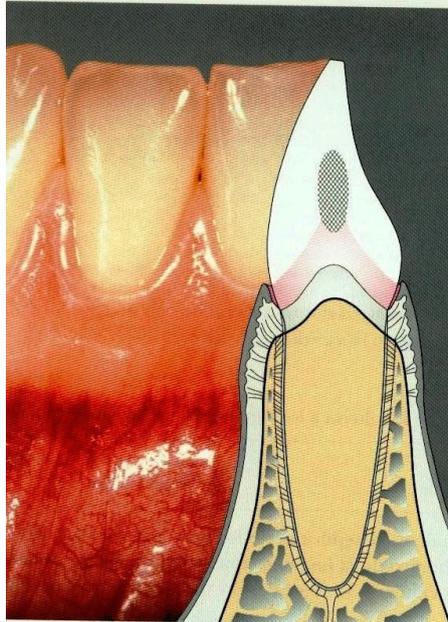
Uso del hilo dental pág. 17



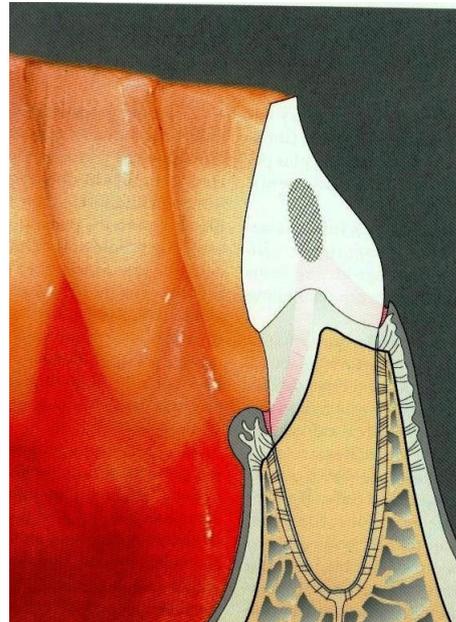
Uso de colutorios pág. 18



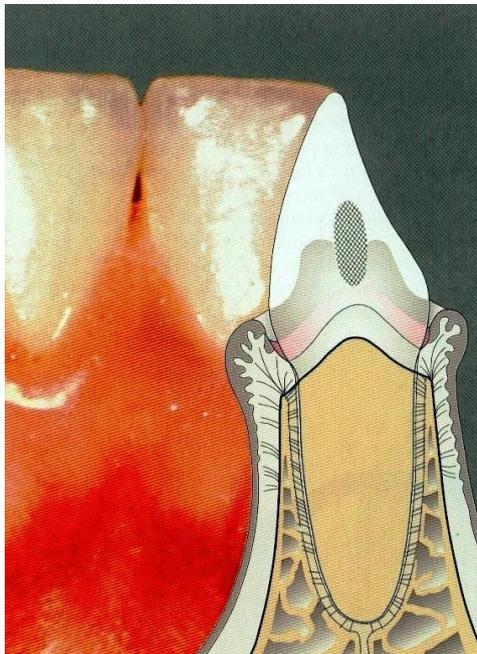
Enfermedades periodontales pág. 23



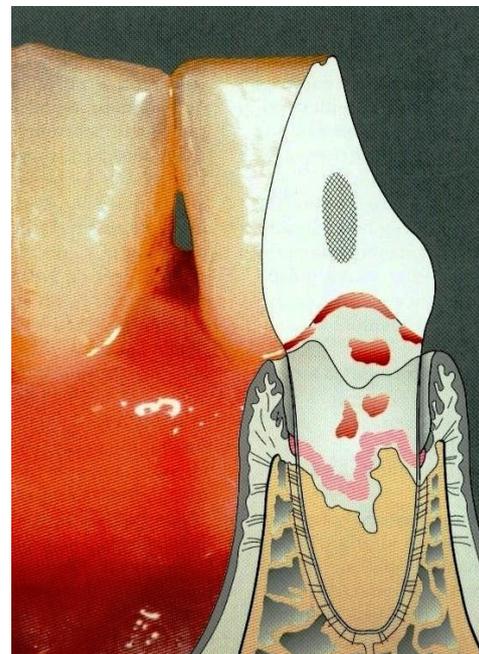
Diente sano



Recesión gingival

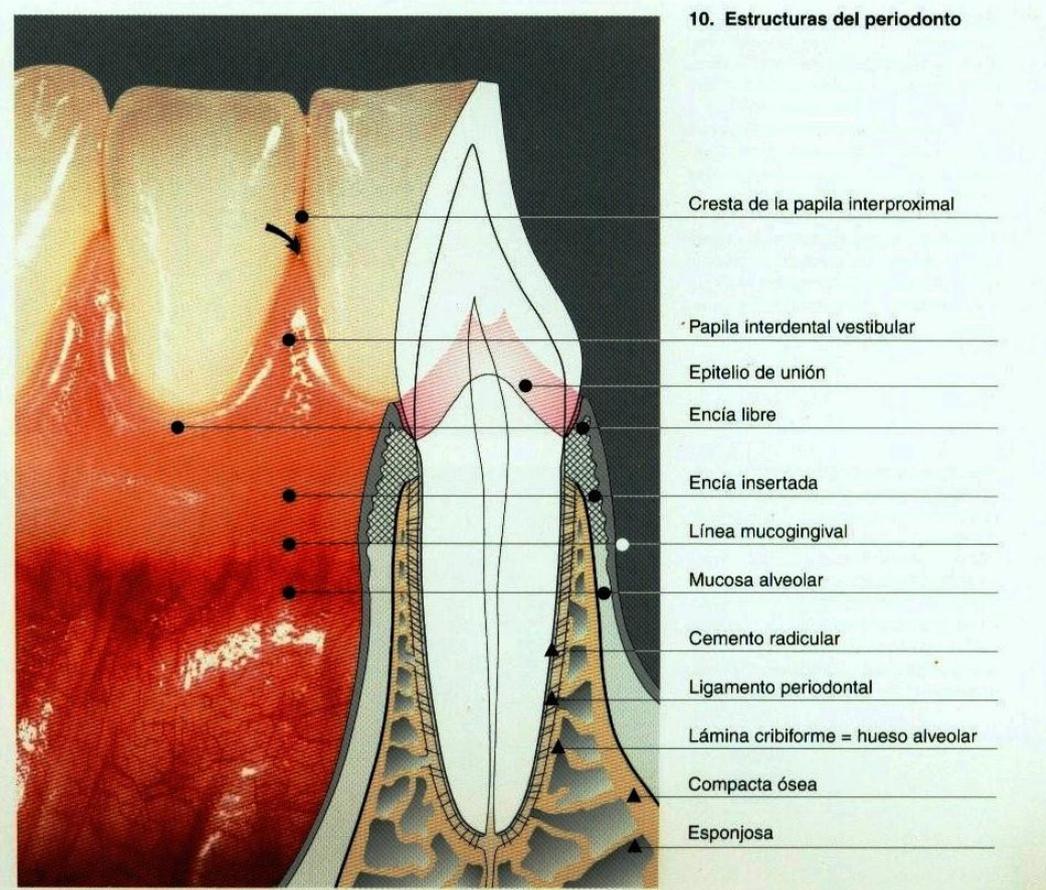


Gingivitis



Periodontitis

Periodoncia y estructuras del periodonto pág. 23



Etapas de formación de la biopelícula pág. 31



Sin placa bacteriana

Con placa bacteriana

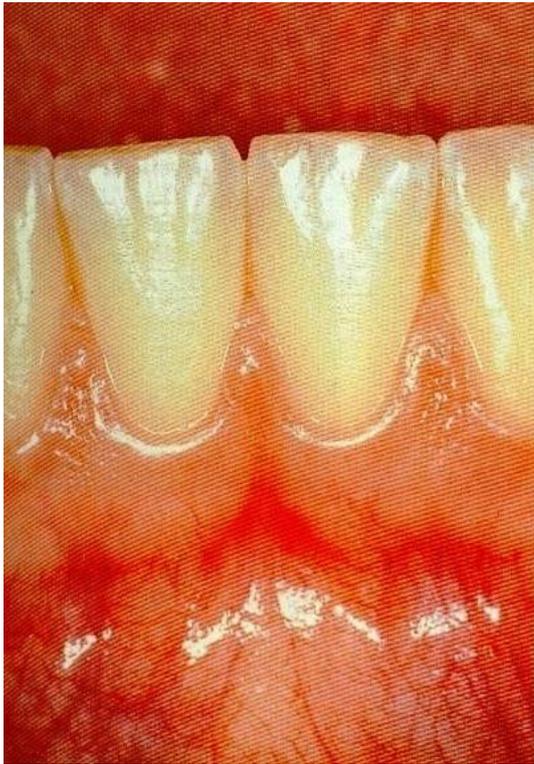


Cálculo Supragingival pág. 37

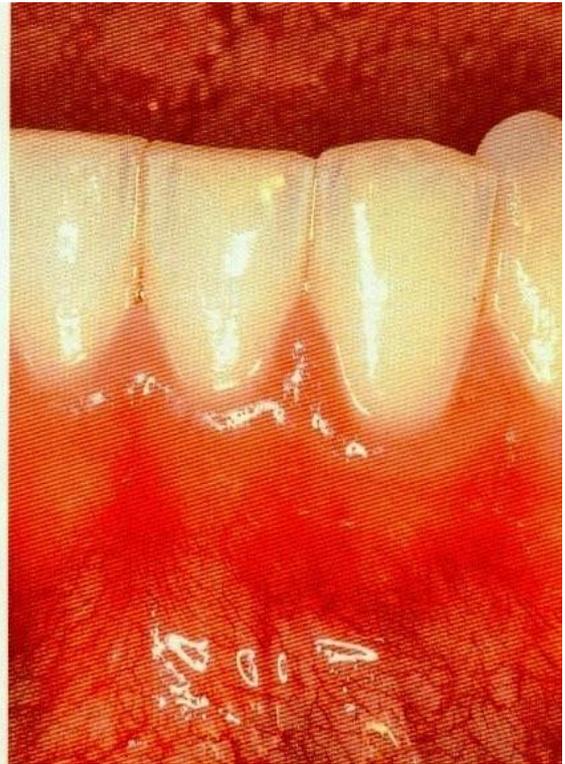


Cálculo Subgingival pág. 37

Gingivitis pág. 37



Sin gingivitis



Gingivitis leve



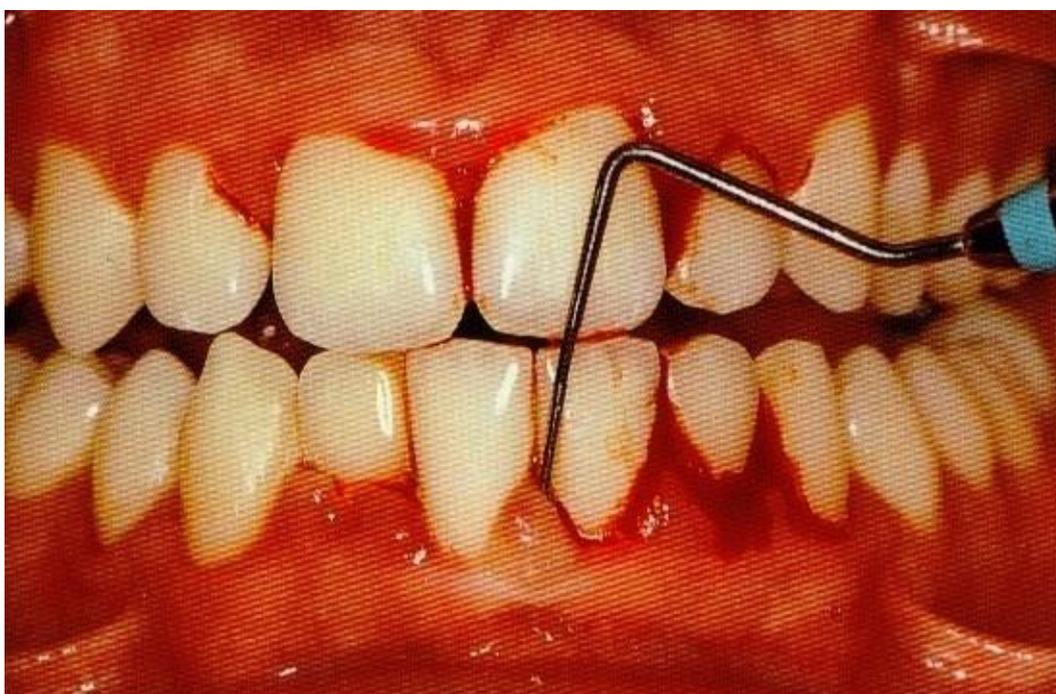
Gingivitis mediana intensidad



Gingivitis grave

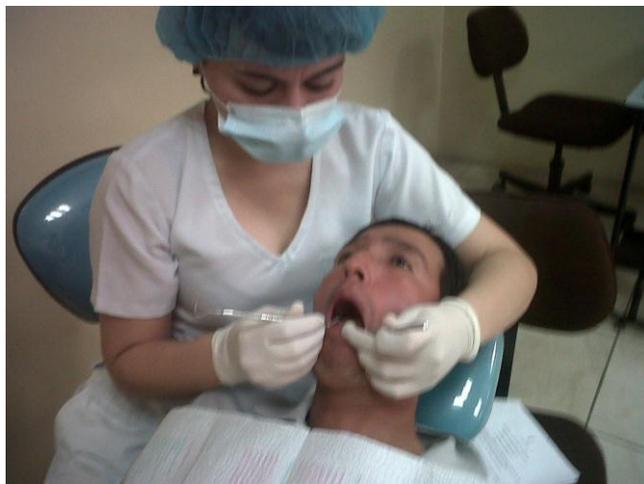


Periodontitis Ulceronecrotizante pág. 58



Diagnostico y pronostico periodontal pág. 58

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: SONDAJE EN LAS CLÍNICAS

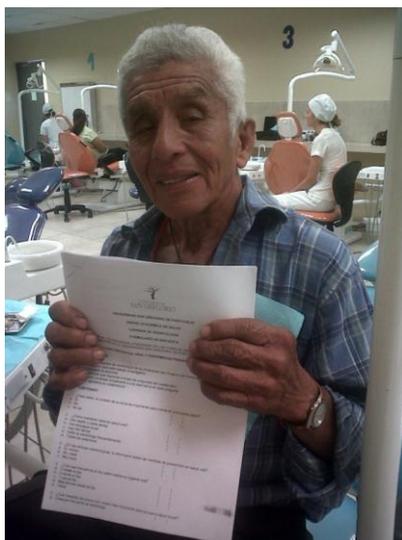
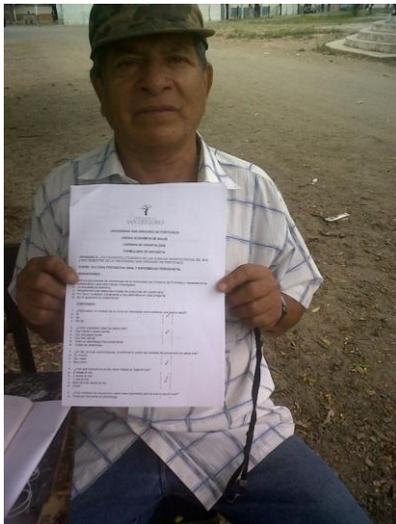


DIAGNÓSTICO CLÍNICO: SONDAJE EN DOMICILIOS





EJECUCIÓN DE LAS ENCUESTAS



ACTA DE COMPROMISO PARA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA

En la ciudad de Portoviejo capital de la provincia de Manabí, el día 6 de enero del 2011, en la oficina de la coordinadora de la carrera de odontología, se procede a suscribir la presente Acta de Compromiso entre las egresadas de dicha institución Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma, quienes se encuentran realizando su tesis de grado basado en la propuesta “Charlas educativas a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en la materia de Periodoncia, para fomentar la cultura preventiva oral, y así evitar enfermedades periodontales”, y por otra parte la Dra. Ángela Murillo en calidad de Coordinadora de la carrera de odontología; se comprometen a:

- Las egresadas Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma se comprometen, durante la semana del 3 al 7 de enero del presente año, a brindar charlas educativas a los pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, para que tomen conciencia de la importancia fundamental de las normas preventivas y así ayudar a mejorar su salud oral.
- La coordinadora de la carrera de odontología la Dra. Ángela Murillo, se comprometa para la sostenibilidad de la propuesta, seguir impartiendo las charlas educativas a través de los docentes responsables de las asignaturas por medio de los estudiantes, en el cual dejamos el material educativo (gigantografías y trípticos), que servirá para educar a los pacientes y mejorar la salud oral de los mismos.

Para constancia, firman las partes actuantes en la presente acta:

Nelly Alvarado V.

Andrea García P.

Dr. Ángela Murillo

Coordinadora de la Carrera de Odontología

ACTA DE ENTREGA DE RECEPCIÓN

Portoviejo 4 de enero del 2011

Coordinadora: Dra. Ángela Murillo

Institución: Universidad San Gregorio de Portoviejo

Presente:

Recibo de implementos para mejorar las horas de espera por parte del paciente en las áreas libres de las clínicas odontológicas, como material de apoyo para impartir charlas educativas a los pacientes que asisten a la consulta dental.

Nº	RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL
1	Gigantografía	Unidad	2	21.50	43.00
2	Tríptico	Unidad	200	0.20	40.00
3	Cepillos dentales	Unidad	50	0.30	15.00
4	Gastos extras	Unidad	–	–	22.00
TOTALES			252	22.00	120.00

NOTA: La entrega debe ser en las clínicas odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Atentamente,

Nelly Alvarado V.

Andrea García P.

Dra. Ángela Murillo

Coordinadora de la Facultad de Odontología

Portoviejo 4 de enero del 2011

Dra. Ángela Murillo

Coordinadora de la Facultad de Odontología

Ciudad:

Nelly Monserrate Alvarado Villegas y Andrea Stefania García Palma, egresadas de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo tenemos a bien manifestarle que: una vez que hemos culminado nuestra investigación cuyo tema es “ **Cultura preventiva oral y enfermedad periodontal en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas del 8vo y 9no semestre de la Universidad San Gregorio de Portoviejo**”; y obtenidos los resultados, hemos diseñado una propuesta alternativa de solución al problema estudiado, por lo que solicitamos a usted citar al consejo de Unidad Académica y socializar los resultados para buscar las estrategias en el cumplimiento de las mismas.

Seguras de que nuestra petición será favorablemente acogida para lograr mejorar la calidad de cultura preventiva oral en los pacientes, y la calidad de formación profesional en la Universidad San Gregorio de Odontología quedamos de usted muy agradecidas.

Atentamente:

Nelly Alvarado V.

Andrea García P.

ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍAS EN LAS ÁREAS DE LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS



ENTREGA DE CEPILLOS DENTALES



INSTRUMENTAL DE CHARLAS EDUCATIVAS Y ENTREGA DE TRÍPTICOS



CHARLAS EDUCATIVAS A LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS





DONACIÓN DE TRÍPTICOS AL PERSONAL DE LAS CLÍNICAS



ENTREGA DE TRÍPTICOS A LOS PACIENTES DE LAS CLÍNICAS DE PERIODONCIA

