



CARRERA DE ODONTOLOGIA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo marzo – julio de 2015.

Autora:

María Victoria Menéndez Carreño.

Directora de tesis:

Dra. Tatiana Moreira Solórzano. Mg. Ge.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano, certifica que la tesis de investigación titulada: Factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo marzo- julio de 2015. Es trabajo original de la estudiante María Victoria Menéndez Carreño, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Tatiana Moreira Solórzano Mg. Ge.

Directora de tesis.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Mediante la presente declaro en honor a la verdad que la responsabilidad de las ideas y los resultados de la tesis aquí descrita titulada: Factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo marzo – julio de 2015, es de mi autoría. Cedo mis derechos de autoría de la tesis a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

María Victoria Menéndez Carreño.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

Le agradezco en primer lugar a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, por darme fortaleza y sabiduría, sin Él no hubiera sido posible todo lo que he obtenido en mi vida estudiantil.

A mis padres que estuvieron apoyándome siempre, a mis familiares y amigos en general gracias por apoyarme en lo que pudieron.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo por acogerme en sus aulas. A mi directora de tesis, Tatiana Moreira Solórzano que con sus conocimientos y experiencia me ayudo a concluir esta investigación.

A mis compañeros en especial a Anahy Macías Cedeño y Roberto Orlando Gonzales por su colaboración incondicional en la preparación de mi tesis. A los docentes que me acompañaron durante los años de estudio y que me han sabido impartir sus conocimientos para hacernos forjadores de un mañana mejor.

Al Centro de Salud Andrés de Vera y coordinadores del departamento de odontología por brindarme su ayuda en la obtención de datos necesarios para la elaboración de mi tesis.

María Victoria Menéndez Carreño.

DEDICATORIA.

Esta tesis se la dedico principalmente a Dios, mi Padre celestial que en medio de alegrías y luchas, en medio de los sucesos y los contratiempos junto a Él pude probar al mundo, que sí se puede caminar del hoy al mañana, aunque no fue fácil logré llegar a una de mis metas. Gracias Padre Amado.

A mis padres el Dr. Héctor Menéndez Montero y Edit Carreño Gorozabel, gracias por ser los pilares fundamentales de mi vida, que con su amor y apoyo incondicional estimularon mi esfuerzo para culminar una de mis aspiraciones. Gracias por hacerme una persona de bien y por amarme tanto como solo ustedes lo hacen. Este triunfo también es de ustedes, los amo con mi vida.

María Victoria Menéndez Carreño.

RESUMEN.

La enfermedad periodontal se puede acelerar por la presencia de ciertos factores de riesgos extrínsecos como lo son el tabaco, malposición dental, restauraciones defectuosas, higiene bucal, edad y sexo. Por lo que es de gran importancia conocer las necesidades de tratamiento específicos para ayudar a la población a combatir este mal silencioso que en la actualidad afecta a la mayoría de personas en nuestro país.

En el Centro de Salud Andrés de Vera, se realizó el trabajo de investigación titulado: Factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo marzo – julio de 2015, cuyo objetivo general fue caracterizar los factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en 70 pacientes que asistieron al departamento de odontología del Centro de Salud Andrés de Vera.

Los resultados más relevantes que se obtuvieron de la investigación fueron que los pacientes del Centro de Salud Andrés de Vera presentan una limpieza oral deficiente con placa bacteriana y el cálculo dental de manera notable, en lo que respecta a malposiciones dentales predominó la Vestibuloversión en ciertos pacientes observados en cuanto al consumo de tabaco, una parte muy pequeña del número de los pacientes practican el hábito.

Palabras claves: Enfermedad periodontal, factores, riesgo, placa bacteriana, cálculo dental, gingivitis, periodontitis.

ABSTRACT.

Periodontal disease can be accelerated by the presence of certain extrinsic risk factors such as tobacco, dental malposition, defective restorations, oral hygiene, age and sex so it is of great importance to know the needs of specific treatment to help people fight this silent illness that currently affects most people in our country.

At the Health Center “Andres de Vera” it was conducted a research entitled “Extrinsic Risk Factors of periodontal diseases in patients 15-30 years old treated at this Health Center during the period from March to July 2015”. The overall objective was to determine the extrinsic factors of periodontal diseases in 70 patients that attended the Dentistry Department at the Health Center “Andres de Vera”.

The most relevant results obtained from the research were that patients at Health Center “Andres de Vera” have poor oral hygiene with bacterial plaque and dental calculus in a remarkable way. It was noted that wrong dental position in certain patients prevailed. Regarding the consumption of tobacco, a very small part of the number of patients practiced the habit.

Keywords: periodontal disease, factors, risk plaque, calculus, gingivitis, periodontitis.

ÍNDICE

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	IX
Introducción.	1

Capítulo I.

1. Problematización.	3
1.1. Tema.	3
1.2. Formulación del problema.	3
1.3. Planteamiento del problema.	3
1.3.1. Preguntas de la investigación.	5
1.4. Delimitación de la investigación.	5
1.4.1. Delimitación espacial.	5
1.4.2. Delimitación temporal.	5
1.5. Justificación.	5
1.6. Objetivos.	6
1.6.1. Objetivo general.	6
1.6.2. Objetivos específicos.	7

Capítulo II.

2.	Marco Teórico.	8
2.1.	Marco teórico conceptual.	8
2.2.	Placa dentobacteriana y enfermedad periodontal.	11
2.3.	Edad, sexo y enfermedad periodontal.	14
2.4.	Tabaquismo y enfermedad periodontal.	15
2.5.	Malposiciones y enfermedad periodontal.	19
2.6.	Restauraciones defectuosas y enfermedad periodontal.	22
2.7.	Unidades de observación y análisis.	24
2.8.	Variables.	24
2.9.	Matriz de operacionalización de las variables.	25

Capítulo III.

3.	Marco Metodológico.	26
3.1.	Modalidad de la investigación.	26
3.2.	Tipo de investigación.	26
3.3.	Métodos.	26
3.4.	Instrumentos.	26
3.5.	Población y muestra.	27
3.5.1.	Población.	27
3.6.	Recolección de la información.	27
3.7.	Procesamiento de la información.	27
3.8.	Ética.	27
3.9.	Recursos.	27
3.9.1.	Recursos humanos.	27

3.9.2. Recursos materiales.	28
3.9.3. Recursos tecnológicos.	28
3.9.4. Recursos económicos.	28
3.9.5. Presupuesto.	28

Capítulo IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.	29
---	----

Capítulo V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.	49
5.1. Conclusiones.	49
5.2. Recomendaciones.	50

Capítulo VI.

6. Propuesta.	51
6.1. Identificación de la propuesta.	51
6.1.1. Tema.	51
6.1.2. Entidad ejecutora.	51
6.1.3. Clasificación de proyecto.	51
6.1.4. Localización geográfica.	51
6.1.5. Periodo de ejecución.	51
6.2. Justificación.	52
6.3. Objetivos.	52
6.3.1. Objetivo general.	52
6.3.2. Objetivos específicos.	53

6.4.	Descripción de la propuesta.	53
6.5.	Responsables.	53
6.6.	Beneficiarios.	53
6.6.1.	Beneficiarios directos.	53
6.7.	Diseño metodológico.	54
6.8.	Factibilidad.	54
6.9.	Sostenibilidad.	54
6.10.	Presupuesto de la propuesta.	54
	Anexos.	55
	Bibliografía.	

INTRODUCCIÓN.

Estudiando el artículo de Rioboo¹ (2005), se puede conocer que:

Hoy en día tras numerosos estudios epidemiológicos, se acepta el concepto de la existencia de determinados factores de riesgo que van a modular la susceptibilidad o resistencia del hospedador a padecer enfermedad periodontal, por lo tanto, en su desarrollo van a intervenir varias causas considerándose dicha patología de etiología multifactorial. (p. 70).

La enfermedad periodontal es una consecuencia continua de la mala higiene bucal. En este documento se encuentra un estudio con datos específicos que comprueban los factores de riesgo extrínsecos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes y el nivel de higiene bucal que presentan los mismos.

La higiene bucal es el factor de riesgo más importante en las periodontopatías, cuando es deficiente se forma lo que se conoce como placa bacteriana la cual al no ser eliminada se calcifica provocando el cálculo dental, que es más duro, irritante y grueso por lo tanto va a existir más acumulación de placa bacteriana. La edad también es significativa ya que es un antecedente predominante en el desarrollo de los factores de riesgo.

El tabaquismo es el factor de riesgo más modificable y significativo ya que afecta la progresión de dicha enfermedad dependiendo de la dosis que el individuo consuma, interfiere también con la cicatrización de los tejidos.

¹Rioboo Creso, M; Bascones, A. (2005). Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. Av Periodon Implantol. Consultado: [20, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n2/original2.pdf>.

Con esta investigación se pretende comprobar los factores de riesgo extrínsecos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes y el nivel de higiene bucal que presentan los mismos.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo marzo - julio de 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son los factores de riesgo extrínsecos de la enfermedad periodontal en pacientes atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera?

1.3. Planteamiento del problema.

En la actualidad podemos decir que los factores de riesgo son características que le otorgan al individuo cierto grado de susceptibilidad para contraer enfermedades. Pueden ser locales o sistémicos. Dentro de estos tenemos el estado de la higiene bucal, las obturaciones defectuosas, las mal posiciones dentarias, el hábito de fumar, entre otros.

Analizando el artículo de Méndez² (2007), se puede conocer que:

Realizó un estudio transversal en pacientes de 15 a 65 años del sitio de salud del Policlínico Ángel A. Aballí de la municipalidad Habana Vieja, se eligió un modelo de 229 pacientes por el método de selección contingente con probabilidad, proporcionando el tamaño de los consultorios seleccionados del

²Méndez, J. A., Pérez, O. J., & Fors, M. M. (2007). Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del Policlínico "Ángel A. Aballí". Revista Cubana Estomatologica. Consultado: [10, enero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000200002&script=sci_arttext.

médico de la familia, en el período octubre del 2005 y julio del 2006. La gingivitis fue la más prevalente coligada con causas como caries, restauraciones defectuosas, limpieza incorrecta, mal oclusiones. De los elementos estudiados, la práctica de fumar, una higiene defectuosa, adquirieron asociación estadísticamente significativa en relación con la periodontitis. (¶ 1).

Analizando el artículo de Casalino³ (2005), se puede entender que:

El propósito de la vigente publicación se basó en fijar la prevalencia de padecimientos periodontales, factores de riesgo y su necesidad de tratamiento en hombres de 17 y 21 años que ingresó en el año 2000 a la asistencia militar de Lima. Se escogió 263 sujetos elegidos por muestra aleatoria sistemática. La condición periodontal y necesidad de método se calcularon usando los sumarios subsiguientes: Índice periodontal, necesidad de tratamiento y pérdida de fijación. Los factores de riesgo se obtuvieron usando el índice de higiene oral simplificada y preguntas comprendidas en la ficha de estudio. Los resultados expusieron que la placa blanda tiene correlación significativa ($P=0,001$) con el índice periodontal. La prevalencia de los descubrimientos fueron: de cálculo 77,4%, depresión al sondaje (entre 4-5 mm) fue 22,4%, flujo al sondaje de 0,4%, falta de unión entre 4-5 mm fue de 21,5%. Las personas del estudio requieren instrucción en aseo oral y curetaje profesional. Esta investigación es basada en personas jóvenes de Perú. (p. 23).

En la Universidad San Gregorio de Portoviejo se ha llevado a cabo investigaciones que describen el comportamiento de la enfermedad periodontal en diferentes sectores demográficos pero no existen estudios de asociación con factores de riesgo.

En el Centro Andrés de Vera tampoco existen estudios epidemiológicos del comportamiento de los factores de riesgo que se encuentran ligados a la enfermedad periodontal y se desconoce cuáles son los que inciden fundamentalmente en la progresión y gravedad de esta enfermedad.

³Casalino, J. O. (2005). Prevalencia de enfermedades periodontales, factores de riesgo y necesidad de tratamiento en el personal de tropa masculino en Servicio Militar en Lima en el año 2000. Revista Estomatológica Herediana. Consultado: [10, enero, 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1967>.

1.3.1. Preguntas de la investigación.

¿Qué factor de riesgo extrínsecos se presenta con mayor frecuencia en los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera?

¿Cuál es el nivel de higiene bucal en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera?

¿Influye el hábito de fumar en el riesgo de enfermedad periodontal?

¿Cuál es el índice de mal posiciones dentarias y restauraciones defectuosas en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera?

1.4. Delimitación de la investigación.

Campo: Salud.

Área: Odontología.

Aspectos: Enfermedad periodontal.

1.4.1. Delimitación espacial: la presente investigación se desarrollará en el Centro de Salud Andrés de Vera.

1.4.2. Delimitación temporal: Esta investigación se realizará en el periodo marzo – julio de 2015.

1.5. Justificación.

La existencia de determinados factores de riesgo va a modificar la resistencia del hospedero a sufrir el padecimiento periodontal, por lo que se puede decir que esta patología es de etiología multifactorial.

Este proyecto de investigación se caracterizará los factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes que acuden al Centro de Salud Andrés

de Vera, para así conocer su estado de salud bucal y prevenir la aparición de dicha enfermedad. Además con la utilización de información actualizada poder contribuir a los conocimientos de los futuros profesionales.

Además también es importante el impacto que tendrá esta investigación en la provincia y también en los pacientes, ya que esta enfermedad periodontal es muy frecuente en todas las edades.

Este estudio es factible, porque existe el interés y el apoyo de las autoridades y de los pacientes del Centro de Salud Andrés de Vera, para poder formular más políticas de atención y programas de tipo preventivo que contribuyen al mejoramiento y estilo de vida de los pacientes de dicho establecimiento.

Esta investigación beneficiará directamente a los pacientes entre 15 y 30 años con enfermedad periodontal atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo de estudio y será posible llevarla cabo porque cuenta con la aprobación de las autoridades del Centro de Salud y será financiada por la autora.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo General.

Caracterizar los factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo marzo – julio de 2015.

1.6.2. Objetivos Específicos.

Identificar el nivel de higiene bucal en los pacientes de 15 a 30 años que acuden al Centro de Salud Andrés de Vera.

Determinar la presencia de mal posiciones dentarias y restauraciones defectuosas en los pacientes de 15 a 30 años que acuden al Centro de Salud Andrés de Vera.

Analizar el consumo de tabaco en los pacientes de 15 a 30 años que acuden al Centro de Salud Andrés de Vera.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico.

2.1. Marco teórico conceptual.

Analizando el artículo de Ruiz, y Herrera⁴ (2009), se puede conocer que:

El término enfermedad periodontal incluye una serie de trastornos que afectan al aparato de sostén del diente y es muy frecuente en los ancianos. Las periodontopatías se caracterizan por los siguientes síntomas y signos: halitosis, enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, sangrado y retracción de las encías, así como dientes flojos o separados y material purulento entre los dientes y las encías. (¶ 6).

Estudiando el artículo planteado por Bautista, Unriza, Munevar, Lafaurie, y Valle⁵ (2012), se puede opinar que:

Las enfermedades periodontales son aquellas que dañan los tejidos de soporte de los dientes como es las encías, el ligamento periodontal cemento y hueso y se da por el depósito de bacterias que inflaman el tejido. La periodontitis se determina por la presencia de bolsas periodontales, resorción del hueso alveolar, recesión gingival, migración del diente y pérdida del mismo. La gingivitis en cambio es reversible, es la inflamación del tejido alrededor de la pieza dental, no causa la pérdida de los tejidos de soporte siempre y cuando se tenga una correcta higiene bucal, con un tratamiento adecuado tiene pronóstico; pero si no se trata con tiempo puede progresar a la periodontitis. La principal causa de esta enfermedad es la placa bacteriana. En 1 mm³ de placa se hallan más de 108 unidades creadoras de bacterias. En circunstancias normales, la microflora oral y la respuesta inmunológica local se encuentran en equilibrio, por lo que permite el mantenimiento de la integridad periodontal. Sin embargo, si hay transformaciones de las condiciones ambientales como la disminución de bacterias benéficas y un aumento de bacterias patógenas de naturaleza anaerobia y carencias inmunológicas en el huésped pueden perturbar dicho equilibrio y provocar la patología. (pp. 84-91).

⁴Ruiz, H. J., & Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. *Rev Cubana Invest Bioméd.* [En línea]. Consultado: [12, febrero, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol28_3_09/ibi07309.htm.

⁵Bautista, W., Unriza, S. R., Munevar, J. C., Lafaurie, G., & Valle, R. R. (2012). Papel de la enfermedad periodontal en el desarrollo de entidades inflamatorias de etiología autoinmune: implicaciones clínicas y desafíos terapéuticos. *Rev. Colomb. Reumatol*, 19, 84-91.

Investigando el artículo de González y otros⁶ (2002), se puede conocer que:

Las enfermedades periodontales inflamatorias se incluyen dentro de las enfermedades crónicas multifactoriales, donde la capacidad reducida del huésped trae como resultado la aparición de alteraciones en el periodonto, que se expresan desde una discreta inflamación gingival hasta la pérdida de hueso de la cresta alveolar. Las interacciones prolongadas de factores, muchas veces sutiles, quizás no sean rápidamente demostradas, pero sus funciones pueden ser razonablemente deducidas; de ahí se propone que el inicio de las enfermedades periodontales depende de la concurrencia de un grupo de factores personales que pueden no ser considerados dentro del contexto de la periodontitis, sin embargo, no gravitan sobre ella. (¶ 2).

Indagando la página web de la OMS⁷ (2014), se puede conocer que:

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (¶ 1).

Analizando el artículo de Pita, Vila y Carpenente⁸ (2002), se puede entender que:

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. (p.1).

⁶Gonzales, M; Toledo, B y Nazco, R. (2002). Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. Rev Cubana Estomatol. Vol.39, n.3. [En línea]. Consultado: [23, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000300006&script=sci_arttext.

⁷Organización Mundial de la Salud (2014). Temas de salud. Factores de riesgo. [En línea]. Consultado: [15, febrero, 2015] Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.

⁸Pita, S., Vila, M., & Carpenente, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. [En línea]. Consultado: [17, febrero, 2015] Disponible en: [www.fisterra.com/mbe/investiga/3f de riesgo/3f de riesgo2.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f%20de%20riesgo/3f%20de%20riesgo2.pdf).

Investigando el artículo de Rioboo, Crespo y Bascones⁹ (2008), se puede conocer que: Un factor de riesgo es: “una característica, aspecto de la conducta o una exposición ambiental la cual se asocia con periodontitis destructiva. Su exposición hace que aumente la probabilidad de padecer la enfermedad y su eliminación reduce la posibilidad de adquirirla”. (¶ 6).

Analizando el artículo de Liñares¹⁰ (2003), se puede entender que:

La afectación periodontal se considera una causa infecciosa bacteriana crónica. En su etiología, no hay una única especie bacteriana implicada, sino que podríamos considerarla como una infección polimicrobiana en la que estarían implicados diversos microorganismos. Los parámetros farmacodinámicos de los antibióticos son muy útiles a la hora de seleccionar pautas posológicas. El aumento de resistencias producido en muchos periodontopatógenos en los últimos años ha relegado a algunos antibióticos. Los antibióticos utilizados que han dado buenas respuestas terapéuticas son: metronidazol más amoxicilina/ácido clavulánico y clindamicina. (¶ 1).

Investigando el boletín de Murrieta, Juárez, Linares, y Zurita¹¹ (2004), se puede entender que:

La placa dentobacteriana hace al paciente susceptible a la enfermedad gingival ya que actúa como un agente de irritación a la mucosa bucal, por el alto contenido de bacterias que presentan, circunstancia que resulta una relación positiva entre esta situación y la prevalencia y severidad de la inflamación gingival. (¶ 12).

⁹Rioboo Crespo, M., & Bascones, A. (2008). Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. *Av Periodon Implantol*. [En línea]. Consultado: [17, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852005000200003.

¹⁰Liñares, J. y Martín-Herrero, J.E.. Bases farmacomicrobiológicas del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y periimplatarias. *Avances en Periodoncia*. [En línea]. Consultado: [17, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852003000300004&script=sci_arttext.

¹¹Murrieta, J. F., Juárez, L. A., Linares, C., & Zurita, V. (2004). Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. [En línea]. Consultado: [18, febrero, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100006&script=sci_arttext.

En el caso de la gingivitis, es necesario limpiar las bacterias que se hayan acumulado, mediante la eliminación de la placa dental y el cálculo dental. Este tratamiento, denominado profilaxis profesional, lo realizan los profesionales odontológicos, tanto el dentistas o el periodoncista. Además, es fundamental explicar cómo se deben cepillar los dientes y encías para mantenerlos limpios y que no vuelva a aparecer la gingivitis.

En las periodontitis, el tratamiento se organiza en dos fases. En la primera fase, se eliminan las bacterias de la bolsa periodontal mediante un raspado y alisado radicular, que supone limpiar las bacterias, la placa y el cálculo de las raíces de los dientes. A veces, esta fase del tratamiento se acompaña del uso de antibióticos.

2.2. Placa dentobacteriana y enfermedad periodontal.

Los microorganismos orales son significativo en las enfermedades y la salud ya que contribuyen al desarrollo del sistema inmunológico y proveen de resistencia a la colonización por microorganismos patogénicos. Constituyen un reservorio potencialmente patogénico. Al parecer las afectaciones bucales surgen después de una inestabilidad entre ellos. Para definir la causa se debe conocer su distribución en la cavidad oral, en los dientes así como en la saliva.

Estudiando el artículo de Matesanz, Matos, y Bascones¹² (2008), se puede entender que:

La gingivitis está relacionada a las bacterias y el huésped por lo que se ha llegado a la conclusión que el proceso tiene relación entre la defensa del huésped y la amenaza por la presencia de las bacterias en la placa. Cronológicamente esto

¹²Matesanz, P., Matos, R., & Bascones, A. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol.* . [En línea]. Consultado: [18, febrero, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>.

ocurre por una una inapropiada práctica de limpieza oral, lo que permite el depósito de placa bacteriana sobre el surco muco-gingival, motivo por lo cual se generara se formara una inflamación gingival significativa en el paciente. (p. 7).

Las enfermedades bucales en niños, en su mayoría son de origen multifactorial en las cuales intervienen factores internos como el huésped, la saliva y la dieta y externos como los hábitos alimenticios y la higiene oral de los niños, algunas características maternas para la cual se deben plantear intervenciones también multifactoriales que contemplen todos esos aspectos.

Analizando la página web de Bastidas¹³(2005), se puede conocer que:

La placa bacteriana puede endurecerse y formar el cálculo, tártaro o sarro. Una vez que el cálculo se forma se une firmemente a las piezas dentales dificultando el aseo bucal y lastimando la mucosa oral cercana a los dientes. Aparentemente no pareciera que esté pasando este proceso en nuestra cavidad bucal, por este motivo se debe de realizar un correcto uso de los implementos de higiene oral, de esta forma evitamos que los dientes sean atacados por placa bacteriana que causa la enfermedad periodontal en nuestra boca. (¶ 5).

En la actualidad las periodontopatías constituyen un verdadero problema de salud pública, pues son causa de pérdidas dentarias aunque conocemos medidas para evitarlas, muchas veces no las aplicamos correctamente.

El padecimiento periodontal es una realidad que se encuentra a nivel mundial, por lo que se han demostrado muchas investigaciones epidemiológicas realizadas en diversos países. Es la más relevante entre todas las afecciones que ha padecido el hombre en todas las épocas.

¹³Bastidas, E. (2005, Mayo 10). escuela superior politecnica de chimborazo. [En línea]. Consultado: [18, febrero, 2015] Disponible en: <http://medicina.esPOCH.edu.ec/InfyServ/placa.htm>.

La enfermedad periodontal ha sido definida como la respuesta biológica del huésped susceptible por la presencia de resistentes microorganismos.

En su etiología interviene factores específicos como la placa bacteriana, tártaro, obturaciones deficientes y mal posición dentaria, idóneos para producir una de inducir una reacción irritativa.

Indagando la página web de GeoSalud¹⁴ (2015), se puede deducir que:

Las toxinas de la placa se producen por las bacterias, las cuales inflaman la mucosa gingival, estas toxinas dan lugar al desprendimiento de las encías de los dientes formando bolsas periodontales, las cuales se llenan de bacterias y toxinas. Cuando la afectación prospera, las bolsas periodontales se desarrollan y la placa bacteriana penetra más hasta que llega al hueso que sostiene a la pieza dental, ocasionando la destrucción del mismo. Consecuentemente, la pieza se caerá o podría ser extraída. (¶ 2).

Investigando el blog de Juárez¹⁵ (2005), se puede conocer que:

En los infantes los padecimientos periodontales se dividen en cuatro grupos: los que son por problemas sistémicos que no se dan por elementos locales, la enfermedad periodontal necrotizante que se asocia a la disminución de la inmunidad de los tejidos periodontales por las bacterias, la periodontitis destructiva agresiva, que se caracteriza por pérdida rápida de los tejidos de soporte, la cual se presentan en la adolescencia y la enfermedad periodontal crónica de mayor prevalencia que las primeras, está delimitada en la zona gingival y es provocada por el depósito de placa bacteriana debido a una limpieza incorrecta.

La primera afectación de la mucosa gingival se llama gingivitis la cual se determina por el cambio de la textura, forma y color de las encías. La encía marginal obtiene una coloración más hacia rojo azulado, también hay la presencia de hinchazón y el área se encuentra lisa, brillante con pérdida o

¹⁴Geosalud. (n.d.). [En línea]. Consultado: [20, febrero, 2015] Disponible en: http://geosalud.com/saluddental/enfermedad_periodontal2.htm.

¹⁵Juárez-López, María Lilia Adriana, Murrieta-Pruneda, José Francisco, & Teodosio-Procopio, Elizabeth. (2005). Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Gaceta médica de México. Consultado: [20, febrero, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000300003&lng=es&tlng=es.

disminución del puntilleo, puede además presentar hemorragia espontánea o bajo presión leve. (¶ 3).

2.3. Edad, sexo y enfermedad periodontal.

Investigando el Boletín de Murrieta J. F. y otros¹⁶ (2008), se puede entender que:

Se estima que más de las tres cuartas partes de la población sufre la enfermedad periodontal o presentan un notable riesgo a padecerla. Su procedimiento mundial varía afectando principalmente a personas adultas y ancianos, pero también puede presentarse en edades anticipadas. Esta conducta se debe a su estado multifactorial, y el tiempo del huésped, el cual hace que su repetición sea mayor o menor a la deseada. (¶ 5,6).

Hoy en día se han hecho múltiples estudios en donde se acepta el concepto de determinadas causas que van a modular la susceptibilidad del huésped a padecer la enfermedad periodontal, considerándose dicha enfermedad de inicio multifactorial. Los padecimientos periodontales son provocados por una interacción de un agente microbiano único o múltiple considerado como el factor etiológico primario necesario pero no suficiente, un huésped dispuesto y factores Ambientales. Es una enfermedad que no se asocia a la genética ni la herencia ya que es una respuesta entre el hospedador y los microorganismos patógenos.

Las enfermedades periodontales, gingivitis y periodontitis, constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades de naturaleza infecciosa, cuyo agente etiológico principal son los microorganismos presentes en la placa bacteriana ubicados en la región del surco

¹⁶Murrieta-Pruneda, José Francisco, Juárez-López, Lilia Adriana, Linares-Vieyra, Celia, Zurita-Murillo, Violeta, Meléndez-Ocampo, Arcelia F., Ávila-Martínez, Claudia Raquel, & Nava-Delgado, Claudia Maricela. (2008). Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa. México. Boletín médico del Hospital Infantil de México. Consultado: [20, febrero, 2015] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006&lng=es&tlng=es.

gingivo-dentario. Las bacterias que colonizan la superficie dentaria causan la desinserción del epitelio y de las fibras del tejido gingival, y la posterior destrucción del tejido óseo de soporte del diente. Los mecanismos patogénicos involucrados son directos, a través de toxinas, enzimas u otros productos bacterianos; o indirectos, por la activación de una respuesta inflamatoria-inmunológica del huésped. En estados iniciales las enfermedades periodontales son indoloras, sin embargo, pueden alterar la calidad de vida de las personas ya que producen sangrado gingival y halitosis. Con el avance de la lesión ocurre movilidad dentaria, y finalmente pérdida de los dientes. Las enfermedades periodontales se pueden prevenir con métodos mecánicos y químicos de control de placa bacteriana y visitas periódicas al odontólogo.

Analizando el artículo de Rojo, Flores, y Arcos¹⁷ (2011), se puede conocer que:

Se analizaron diferencias en todo lo que respecta a la prevalencia de la edad y la escolaridad ($p < 0.000$, $p < 0.05$ respectivamente). Así mismo la severidad y extensión mostraron una correlación positiva estadísticamente significativa con la edad ($p < 0.000$, $p < 0.000$ respectivamente), los varones presentaron mayor promedio de severidad que las mujeres ($p = 0.038$), referente a la escolaridad a mayor educación menor severidad y extensión de periodontitis ($p < 0.009$, $p < 0.002$ respectivamente); presentaron menor severidad los sujetos que reciben un sueldo mensual $p = 0.0241$, y la ocupación no presentaron diferencias estadísticamente significativas. (¶ 1).

2.4. Tabaquismo y enfermedad periodontal.

Estudiando el artículo de Traviesas y Seoane¹⁸ (2007), hacen hincapié en la relación entre la enfermedad periodontal y el tabaquismo pues, en su investigación corroboraron

¹⁷Rojo, N. R., Flores, A., & Arcos, M. (2011). Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. Revista Odontológica mexicana. Consultado: [20, febrero, 2015] Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/23979>.

¹⁸Traviesas, E. M., & Seoane, A. M. (2007). Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en adultos jóvenes del municipio Artemisa en relación con la práctica del tabaquismo. Rev Cubana Estomatol.

que el 100% de los fumadores padecían de esta enfermedad y se agravaba en la medida que se incrementaba la adicción. (¶ 5).

Analizando el artículo de Pérez, Rodríguez, Pérez, Rodríguez, y Paneque¹⁹ (2009), se puede entender que:

El cigarro contiene sustancias potencialmente tóxicas y la nicotina que es la que más causa daño, tanto al organismo como a los tejidos bucales, ya que altera la respuesta del huésped, lo cual se traduce con una disminución de la fagocitosis y quimiotaxia de leucocitos polimorfonucleares, la reducción de la producción de anticuerpos y la disminución de la viabilidad de linfocitos. Hay mayor destrucción periodontal en personas fumadoras que en las que no realizan el hábito del tabaquismo. (¶ 12).

El hábito del tabaco establece uno de los elementos de riesgo que se asocia repetidamente en el desarrollo de las periodontopatías e interviene de manera significativa en el pronóstico de la enfermedad periodontal. En la tierra existe una incidencia alta de individuos fumadores, que habitualmente inician el hábito de fumar desde muy pequeños, principalmente en la adolescencia y adultos jóvenes, por tal motivo los efectos del cigarrillo aparecen de manera prematura en las encías. Estudios recientes asocian la enfermedad periodontal con el hábito de fumar y nos muestran que las personas que fuman tienen 2,7 veces más peligro de enfermarse que las que no fuman.

Analizando la obra de Carranza, Newman y Takei²⁰ (2010), se puede entender que:

Aunque la inflamación gingival en fumadores parece reducirse en respuesta a la acumulación de placa en comparación con no fumadores, un abrumador cuerpo de datos apunta al fumar como uno de los principales factores de riesgo en el aumento de la prevalencia y la gravedad de la destrucción periodontal. Múltiples estudios transversales y longitudinales han demostrado que la profundidad de la bolsa, la pérdida de inserción y de hueso alveolar son más prevalentes y

¹⁹Pérez, B. R., Rodríguez, G., Pérez, A., Rodríguez, B., & Paneque, M. R. (2009). Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN. Consultado: [22, febrero, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.htm.

²⁰Carranza, Newman, & Takei. (2010). Periodontología Clínica. (10ma ed.). México.

graves en pacientes q fuman en comparación con los no fumadores. (pp. 251-252).

Los fumadores que tienen el hábito avanzado, tienen la predisposición de sufrir la enfermedad periodontal debido a la consecuencia de los efectos tóxicos del cigarrillo en el cuerpo.

La muerte por la afectación periodontal se desarrolla con el aumento de la presencia del tabaco: a más cantidad de cigarrillos diarios y más tiempo fumando, más grave será la enfermedad periodontal.

Nuestro país se sitúa al nivel mundial entre los 3 primeros países en el consumo per cápita de cigarrillos y tabaco. Ello demuestra que, a pesar de las acciones de educación para la salud que se realizan en todas las unidades del sistema nacional de salud, no siempre se cumplen los requisitos de calidad indispensables para cambiar las conductas de la población con relación a la salud oral.

Analizando el artículo de Escudero, Perea, y Bascones²¹ (2008), se puede conocer que:

El hábito de fumar ocasiona que las personas sufran una diversidad de problemas clínicos como el padecimiento de enfermedades cardiovasculares, partos prematuros e incluso el cáncer. Además se observa que en los pacientes fumadores hay mayor porcentaje de bolsas profundas en la parte lingual de dichos pacientes. En investigaciones actuales muestran que el fumador está asociado a una puede estar asociado con una disminución del funcionamiento de las células B, es decir, que en los fumadores se produce una alteración del sistema de inmunidad. Los efectos de la nicotina ocasionan que los fumadores tengan un flujo gingival reducido. Dependiendo de la cantidad de cigarrillos consumidos se produce la reducción de la adhesión celular. Así mismo la nicotina incrementa la producción de IL-6 e IL-8 por fibroblastos del ligamento periodontal. El tabaco es un factor preciso en la constitución de la microflora en

²¹Escudero, N., Perea, M., & Bascones, A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Avances en Periodoncia. Consultado: [23, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext.

personas con periodontitis, eligiendo un clúster definido de patógenos compuesto por Bf, Pm, Fn y Cr. (¶ 51).

Estudiando el artículo de Toledo y otros²² (2002), se puede entender que:

Al tabaquismo se ha determinado como la causa primordial de muerte en el mundo, ya que ocasiona más defunciones que el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. El hábito del tabaco se ha asociado con múltiples enfermedades bucales incluidas las periodontopatías. Estudios ejecutados en las 2 últimas décadas han indicado que el hábito de fumar es probablemente un verdadero peligro para obtener periodontitis. Las personas fumadoras son más propensas a desarrollar enfermedades periodontales más severas y a la pérdida de dientes, que los no fumadores. En Cuba, la disminución de la mortalidad infantil y de las enfermedades transmisibles ha desplazado el nivel de mortalidad hacia las enfermedades crónicas. En estas últimas investigaciones se determinó que esta enfermedad está relacionada con la conducta y el modo de vida, así como del hábito de fumar del huésped, es justamente ahí en donde deben de proceder los profesionales de salud aconsejando al paciente a dejar el hábito del tabaquismo. Se debe tomar como una terapia periodontal incluyendo su prevención (¶ 3-7).

El tabaquismo ocasiona la afectación periodontal ya que cambia la susceptibilidad del huésped al desarrollo de la enfermedad. Correlativamente el cigarrillo causa efectos graves en la cavidad oral, individualmente en los tejidos de soporte. Las fichas epidemiológicas cogidas de la literatura están en concordancia con el establecimiento de la correlación entre el cigarrillo y la periodontitis.

Además el tabaco aparte de ser un factor de riesgo para la enfermedad periodontal, el cigarrillo afecta la cicatrización y la respuesta al tratamiento básico y quirúrgico.

²²Toledo Pimental, Bárbara et. (2002). Tabaquismo y enfermedad periodontal. Revista Cubana Medicina Militar. Consultado: [23, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000200004.

2.5. Malposiciones y enfermedad periodontal.

La Ortodoncia, dentro de la Odontología es considerada la ciencia que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y su corrección por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y los tejidos circundantes, buscando la normalización oclusal por el movimiento controlado de los dientes o el desplazamiento de los arcos dentarios.

Interpretando la obra de Bueno²³ (2004), se puede entender que:

En EEUU el 20% de los pacientes ortodónticos son adultos, de los cuales el 75% con historia de afectación periodontal. El tratamiento ortodóntico comenzará a actuar dentro del plan de tratamiento integral una vez que la enfermedad periodontal haya sido tratada por lo cual la terapia básica y si es necesario la correctiva quirúrgica precede a la misma. La ortodoncia es una disciplina que mejora el pronóstico periodontal general e individual. Los movimientos producidos colaboran alineando piezas dentarias y así facilitan la higiene, nivelan defectos óseos, mejoran las relaciones oclusales y por supuesto favorecen la estética, clave fundamental en la motivación del paciente periodontal. Llevar a cabo un tratamiento ortodóntico sin considerar el terreno periodontal puede llegar a ser muy yatrógeno. Puede dar lugar a acelerar la pérdida de inserción en pacientes con cuadro periodontal. Un concepto muy manejado y discutido es la necesidad de encía insertada previo movimiento ortodóntico. Por lo general se acepta que si el movimiento a realizar es a vestibular y la situación mucogingival es insuficiente, es aconsejable realizar previamente cirugía mucogingival. Las complicaciones que pueden darse son en respuesta a la inflamación producida por el acúmulo de bacterias como consecuencia de la aparatología y exceso de material adhesivo o mal control y diagnóstico de situaciones periodontales que pueden ser agravadas por la movilización. (p. 1).

Para el ser humano la comunicación es la puerta de entrada a las relaciones humanas para esto es de gran importancia el cuidado de la cavidad oral e incluso la posición de las piezas dentales. El apiñamiento dentario es la afección más frecuente en la consulta de nuestros pacientes y la técnica de ortodóntica incluye las mecánicas

²³Bueno, L. (2004, Julio). Periodoncia uruguay. Consultado: [23, febrero, 2015] Disponible en: http://www.periodonciauruguay.com/includes/pdf/ortodoncia_y_periodoncia.pdf.

encaminadas a solucionar este problema, aunque esta afectación también depende de la edad y la gravedad de la malposición dental del paciente.

La filosofía del tratamiento ortodóncico ha cambiado significativamente en las últimas décadas. Hoy en días para las personas es de mayor importancia tratar las malposiciones dentales, haciéndose cada vez mayor la cantidad de pacientes adultos que van a la consulta odontológica para optar por el tratamiento ortodóncico.

Las complicaciones se dan en varias ocasiones por la pérdida de muchas piezas dentales por la enfermedad periodontal, esto limita los movimientos a la hora de plantear una solución conservadora. Comúnmente estos pacientes desconfían a la hora del tratamiento por extracciones ya que se les han hecho muchas anteriormente. Además, son pacientes que requieren aparatología especial debido a sus compromisos estéticos.

Estudiando la obra de Calero²⁴ (2011), se puede conocer:

Descripción de los criterios de diagnóstico para cada malposición utilizando la clasificación de Lisher.

Mesioversión	El diente está mesializado en relación a su posición normal.
Distoversión	Distalización del diente con relación a su posición normal.
Vestibuloversión o Labioversión	El diente presenta su corona vestibulizada en relación a su posición normal.

²⁴Calero, A. R. (2011). Clasificación de Maloclusiones. Consultado: [1, marzo, 2015] Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAALMANDOZCALERO.pdf>.

Linguoversión	La corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal.
Infraaversión	El diente no alcanza el plano oclusal.
Supraaversión	El diente está arriba del plano oclusal.
Giroaversión	Indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal.
Axiversión	Hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
Transaversión	El diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario.
Perversión	Indica la impactación del diente, por falta de plaza en el maxilar.

La dolencia periodontal es una infección de la encía y del aparato de inserción adyacente que es procedente de microorganismos que están en el área gingival.

Esta enfermedad en contraste con la inflamación gingival, se define por la pérdida de inserción de los tejidos ocasionada por las bacterias que ayudan a incrementar la enfermedad, con la presencia de un huésped idóneo.

Las características que podemos hallar de la enfermedad son bolsas periodontales, localización de la unión epitelial apical a la línea amelocementaria, una pérdida de fibras colágenas, una elevada concentración de leucocitos polimorfonucleares en la unión y bolsa epitelial, y una migración de las células inflamatorias.

En la Periodontitis Agresiva, los pacientes deben de estar clínicamente sanos, es decir no presentar enfermedades familiares para evitar una rápida pérdida de inserción ósea.

2.6. Restauraciones defectuosas y enfermedad periodontal.

Analizando el artículo de Méndez²⁵ (2007), se puede entender que:

Las obturaciones deficientes fueron un factor asociado de manera significativa a la gingivitis ($p=0,0279$) y RR 1,45 [107–1,96] para el 95 %, debido al depósito de detritos y cambios en la constitución de la placa bacteriana, por lo cual forma parte importante para la formación de la gingivitis. *Albandar* y colaboradores, investigaron que existe una gran relación entre la inflamación gingival con las restauraciones defectuosas. (¶ 21).

Analizando la obra de Gil, Perez, & Sàenz²⁶ (2005), se puede conocer que:

Acabado de la superficie

El procedimiento de pulido está destinado no solo ha brillantar la superficie del material restaurador sino alisarla de manera de evitar el acumulo de placa dental. Waerhaug (1998) demostró que la presencia de zonas ásperas o rugosas aumentaba la cantidad y calidad (agresividad) de la placa dental retenida. Si bien algunos materiales son mejores que otros, lo importante no es el material en sí, sino el grado de alisado o pulido que puede alcanzar una vez terminada la restauración. (pp.18).

Sobrecontorneado.

Los márgenes desbordantes de las restauraciones dentales contribuyen al desarrollo de enfermedad periodontal porque (1) cambian el balance ecológico del surco gingival a un área que favorece el crecimiento de microorganismos relacionados con enfermedad (predominan especies anaeróbicas gramnegativas) a expensas de los microorganismos relacionados con la salud (predominan las especies facultativas grampositivas), y (2) inhiben el acceso del paciente para la eliminación de la placa acumulada. (pp. 117).

²⁵Méndez, J. A., Pérez, O. J., & Fors, M. M. (2007). Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del Policlínico “Ángel A. Aballí”. *Revista Cubana Estomatologica*. Consultado: [3, marzo, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000200002&script=sci_arttext.

²⁶Gil, M., Perez, A., & Sàenz, M. (2005). *Relacion odontologia operatoria/ periodoncia/ oclusion*. Caracas.

Investigando la obra de Barrancos²⁷ (2008), cita que: “Es importante recalcar que no hay que invadir jurisdicción de la papila interdentaria, pues esto dificulta la higiene en esa zona y modifica el nicho ecológico, lo que produce inflamación”. (p. 243).

Subcontorneado

Continuando con la investigación a la obra de Barrancos²⁸ (2008), podemos entender que: “El riesgo del subcontorneado radica en que crea nichos ecológicos para la acumulación de placa bacteriana y por ende, inflamación gingival y eventualmente recidiva de caries”. (p. 244).

Analizando el libro de Carranza y otros²⁹ (2010), se puede indicar que:

Los márgenes subgingivales se asocian con grandes cantidades de placa, gingivitis más grave y bolsas más profundas. Incluso las restauraciones alta calidad, si se colocan subgingivalmente, aumentan la acumulación de placa, inflamación gingival y la velocidad del flujo de líquido gingival. Los márgenes colocados a nivel de la cresta gingival generan una inflamación menos grave, mientras que los márgenes supragingivales se asocian con un grado de salud periodontal similar al que se observa en superficies interproximales sin restauración. Se considera que la aspereza en el área subgingival es un factor importante que contribuye a la acumulación de placa y la posterior inflamación gingival.

Márgenes Desadaptados.

Los márgenes desadaptados constituyen un espacio para el acumulo y retención de la placa dental, en el cual los microorganismos pueden colonizar libremente en esta región y producir la inflamación gingival.

²⁷Barrancos, J. M. (2008). *Operatoria Dental: Integración Clínica* (4ta y 3era ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

²⁸Ident.

²⁹Carranza, Newman, & Takei. (2010). *Periodontología Clínica*. (10ma ed.). México.

Indagando el artículo de Gil, Perez, & Sàenz³⁰ (2005), se puede conocer que:

La intensidad de la reacción inflamatoria que se aumenta alrededor de las restauraciones que presentan bordes gruesos y dentro del surco, en comparación con aquellas que no presentan ese inconveniente. La microfiltración ocurre con todos los materiales restauradores. La causa principal de la microfiltración es la pobre adaptación de los materiales restauradores a la estructura dentaria, por la condición misma del material o la inserción incorrecta por el operador. (p.18).

Sin relación de contacto.

Analizando la obra de Rossi³¹ (2004), cita que: “Uno de los síntomas en una relación de contacto deficiente es el empaquetamiento de comida y las consecuencias que produce. Para evitar esto último es imprescindible el uso de matrices y cuñas”. (p. 151).

2.7. Unidades de observación y análisis.

Las unidades de observación y análisis serán los pacientes que asisten al Centro de Salud Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo, durante el periodo marzo - julio de 2015.

2.8. Variables.

Edad.

Sexo.

Tabaquismo.

Higiene oral.

Malposiciones dentarias.

³⁰Gil, M., Perez, A., & Sàenz, M. (2005). Relacion odontologia operatoria/ periodoncia/ oclusion.. Caracas. Consultado: [20, marzo, 2015] Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Odont_Operatoria/Relacion_Operatoria-Periodoncia.pdf.

³¹Rossi, C. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. Workshop de Cirugía Periodontal para el Practico General. Buenos Aires: Medica Panamericana S.A. ISBN: 950-06-1870-2.

Restauraciones defectuosas.

(Véase anexo 2.1.).

2.9. Matriz de operacionalización de las variables.

(Véase Anexo 2.2.).

CAPÍTULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Corresponde a un estudio epidemiológico de campo.

3.2. Tipo de investigación.

De corte transversal.

3.3. Métodos.

Se realizó un examen exhaustivo de la cavidad bucal con la finalidad de caracterizar los factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en los pacientes de 15 a 30 años de edad del Centro de Salud Andrés de Vera, se efectuó una ficha de observación para identificar las restauraciones defectuosas, las mal posiciones dentarias, la placa bacteriana y el cálculo dental.

Además se realizó una encuesta dirigida a cada paciente que llegó a la consulta odontológica, la cual contenía preguntas sobre la higiene bucal, prácticas de hábito de tabaquismo y la frecuencia con que lo realiza para determinar y analizar el consumo de tabaco en los pacientes.

3.4. Instrumentos.

Matriz de observación. (Ver anexo 2.2.).

Cuestionario de encuestas. (Ver anexo 3.3.).

3.5. Población y muestra.

3.5.1. Población: Para este análisis investigativo se trabajó con 70 pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo marzo - julio de 2015.

3.6. Recolección de la información.

La información fue recopilada mediante los diagnósticos realizados con las evaluaciones odontológicas y se recogió en las matrices de observación.

3.7. Procesamiento de la información.

Para procesar la información teórica se utilizó el software de Office, Word y Excel para el almacenamiento del contenido de la misma y luego se representará en los histogramas respectivos.

3.8. Ética.

A todos los pacientes incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los mismos para lo cual se confeccionó una planilla. (Ver anexo 3.2.).

3.9. Recursos.

3.9.1. Recursos Humanos.

Investigador.

Tutor de tesis.

3.9.2. Recursos Materiales.

Espejos bucales.

Exploradores bucales.

Guantes.

Mascarillas.

Sondas.

Materiales de oficina: papel, bolígrafos, carpetas, anillados, copias, empastados.

3.9.3. Recursos Tecnológicos.

Computadora.

Impresora.

Cámara.

Escáner.

Flash memory.

3.9.4. Recursos Económicos.

La presente investigación tuvo un costo de 403.50 dólares que serán financiados por la autora.

3.9.5. Presupuesto.

(Ver anexo 1.1.)

CAPITULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

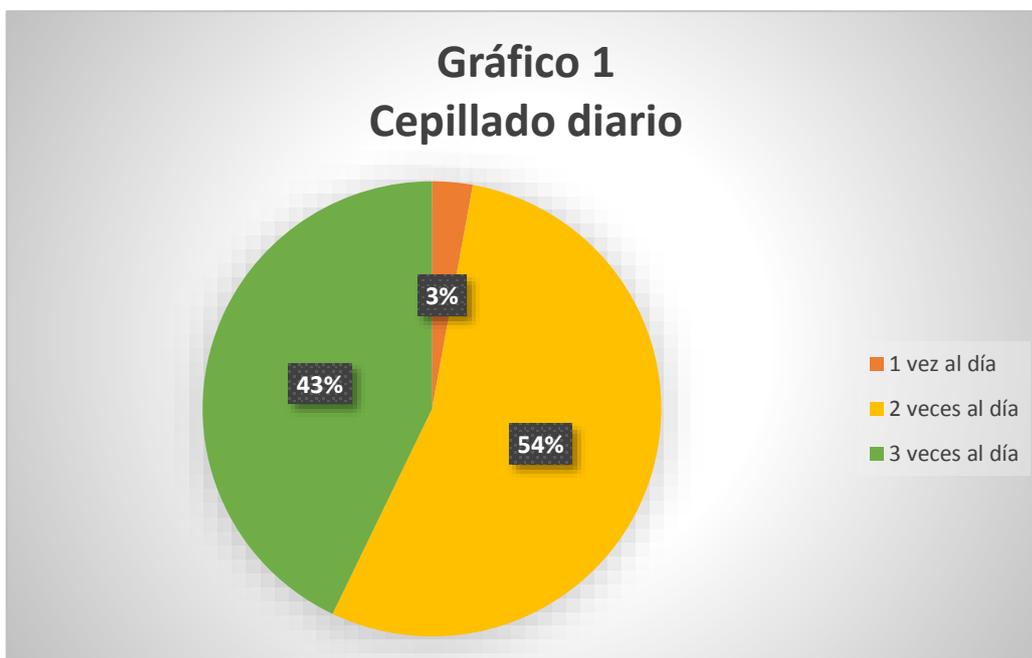
Cuadro 1.

¿Cuántas veces al día usted se realiza el cepillado dental?

Orden.	Alternativas.	F.	%
1	1 vez al día.	2	2,9
2	2 veces al día.	38	54,3
3	3 veces al día.	30	42,9
TOTAL.		70	100,0

Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera.

Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Al preguntarles a los usuarios ¿Cuántas veces al día usted se realiza el cepillado dental? el 54% (38) que tres veces al día., un 43% (30) que dos veces al día y el 3%(2) respondió que una vez al día.

Estudiando la página web SALUDALIA³² (2008), se puede conocer que:

La placa dentobacteriana se forma en la superficie de los dientes tras su eliminación en menos de 24 horas, por tal motivo los pacientes deben limpiarse los dientes por lo menos una vez en el día. Aunque se recomienda que el cepillado dental se lo realice posteriormente de las comidas y el cepillado meticuloso se lo realice por las noches antes de ir a dormir. (¶ 14).

Los resultados evidencian que más de la mitad de los pacientes cepilla sus dientes tres veces al día, contrastando con la información consultada se puede deducir que los pacientes tienen una correcta higiene bucal.

³²Saludalia. (2008). Técnica de cepillado dental. [En Línea]. Consultado: [20, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.saludalia.com/vivir-sano/tecnicas-de-cepillado-dental>.

Cuadro 2.

¿Cuáles son los instrumentos que utiliza en su higiene bucal?

Orden.	Alternativas.	F.	%
1	Cepillo y pasta.	53	75,7
2	Cepillo, pasta e hilo.	6	8,6
3	Cepillo, pasta y enjuague.	10	14,3
4	Cepillo, pasta, hilo y enjuague.	1	1,4
TOTAL.		70	100,0

Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera
Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera
Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Interrogando a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera ¿Cuáles son los instrumentos que utiliza en su higiene bucal? el 76% (53) respondió cepillo y pasta; el 14% (10) manifestó que cepillo, pasta y enjuague, el 9% (6) respondió cepillo, pasta e hilo, por último el 1% (1) cepillo, pasta, hilo y enjuague.

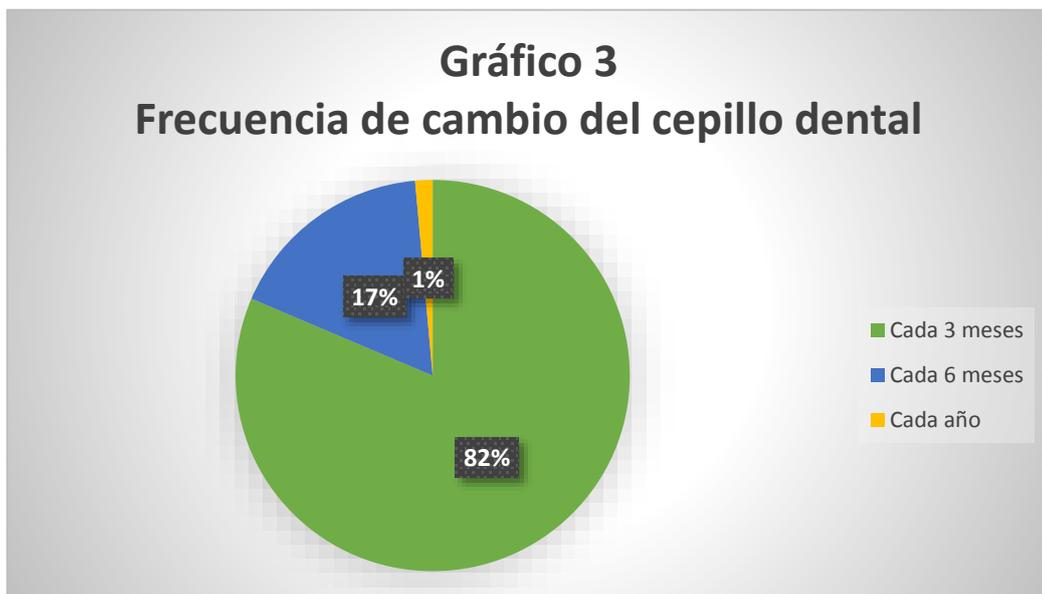
Con esto se puede decir que gran parte de los pacientes usan cepillo y pasta para su higiene bucal.

Cuadro 3.

¿Cuántas veces en el año usted cambia su cepillo dental?

Orden.	Alternativas.	F.	%
1	Cada 3 meses.	57	81,4
2	Cada 6 meses.	12	17,1
3	Cada año.	1	1,4
TOTAL.		70	100,0

Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera
Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera
Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Consultando a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera ¿Cuántas veces en el año usted cambia su cepillo dental? el 82% (57)

respondió cada tres meses; el 17% (12) contestó que cada 6 meses y un 1% (1) manifestó que cada año.

Indagando el artículo de Giménez³³ (2010), se puede conocer que “El cepillo de dientes debe cambiarse cada 3 meses, porque los filamentos pierden consistencia y sobre ellos se multiplican un sinnúmero de microorganismos capaces de transmitir enfermedades (resfriados, gripes, herpes, enfermedades periodontales...)”.

Con esto se nota que en la mayoría de los pacientes realiza un correcto cambio de cepillo dental debido a que los resultados evidencian que el 82% (57) realizan cambio de cepillo dental cada tres meses como lo dice la teoría citada.

³³Giménez, S. (2010). La higiene dental en la infancia. Artículos de medicina 21. Consultado: [20, junio, 2015]. Disponible en:http://www.medicina21.com/Articulos-V1350-La_higiene_dental_en_la_infancia.html.

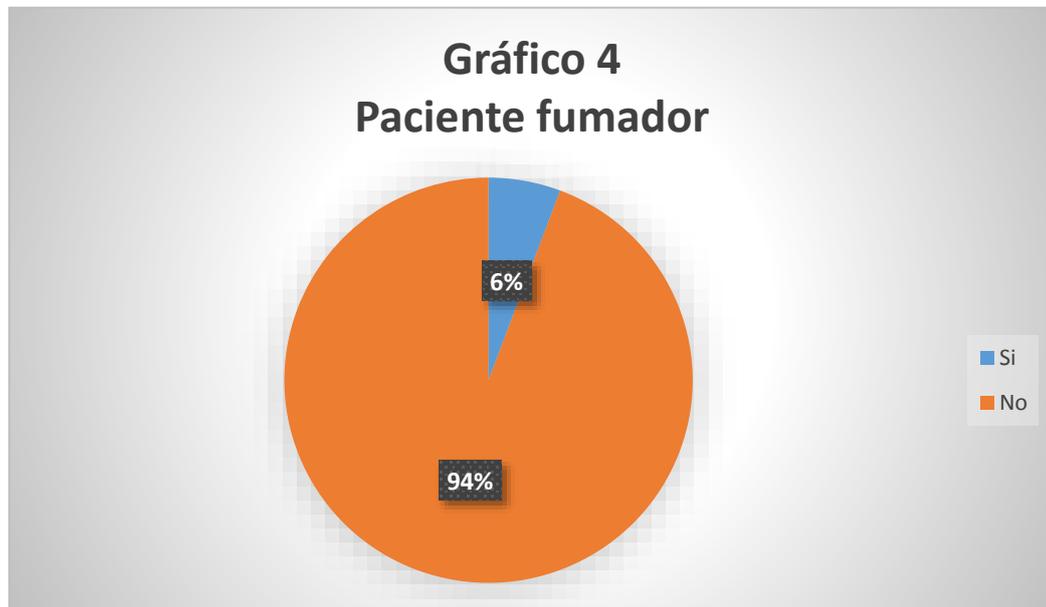
Cuadro 4.

¿Usted es paciente fumador?

Orden.	Alternativas.	F.	%
1	Si	4	5,7
2	No	66	94,3
TOTAL		70	100,0

Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera.

Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Al preguntarles a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera ¿Usted es paciente fumador? el 94% (66) respondió que no mientras que el 6% (4) manifestaron que sí.

Investigando el artículo de Koushyar ³⁴(2010), se puede entender que:

La adicción al tabaco es una afección que provoca efectos desfavorables en la salud general y bucal del paciente. Los dentistas deben comprometerse con los pacientes fumadores a enfatizar sobre los daños que ocasiona el cigarrillo en la salud bucal y sugerirles alternativas para eliminar dicha adicción. (¶ 1).

Los resultados evidencian que pocos son los pacientes que son fumadores en comparación al total de la población, a pesar de ello estos pacientes requieren de atención en sus problemas bucales y de adicción.

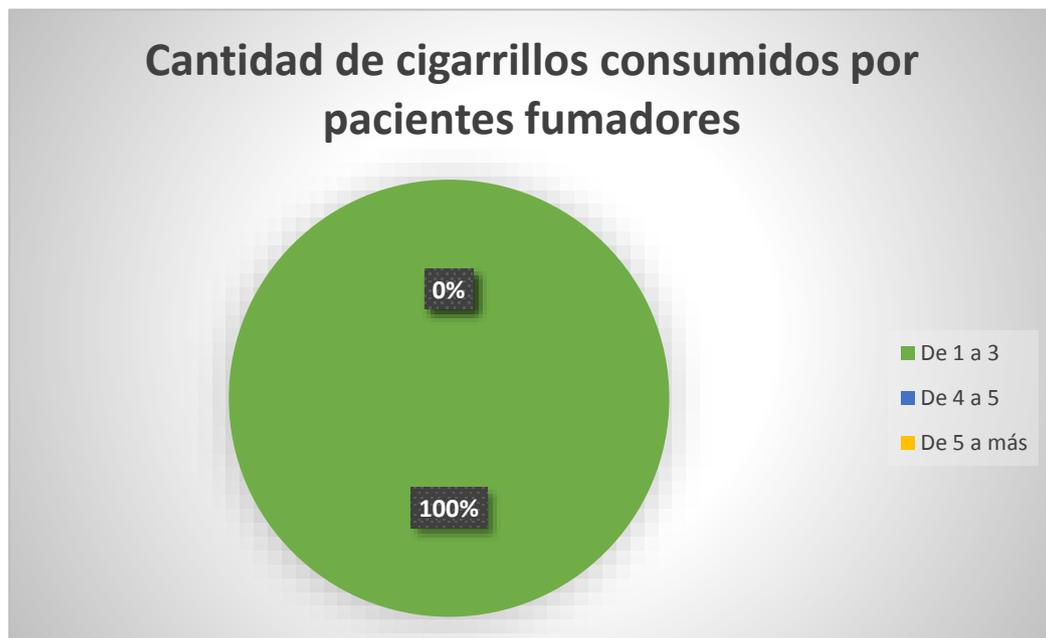
³⁴Koushyar, K. J. (2010). Manejo de la adicción al tabaco en el paciente oncológico. Rev. Gaceta Mexicana de Oncología. Consultado: [20, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-manejo-adiccion-al-tabaco-el-90000435>.

Cuadro 5.

¿Cuántos cigarrillos consume al día?

Orden.	Alternativas.	F.	%
1	De 1 a 3	4	100
2	De 4 a 5	0	0
3	De 5 a más	0	0
TOTAL		4	100

Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera
Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera
Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

A los pacientes que respondieron que sí, se le preguntó ¿Cuántos cigarrillos consume al día? El 100% manifestó que fuman de 1 a 3 cigarrillos diarios.

Estudiando la página web Ondasalud³⁵ (2004), se puede conocer que:

El estudio, que ha sido llevado a cabo por científicos del Centro Oncológico de la Universidad de Minnesota, en Estados Unidos, ha puesto en evidencia una vez más que disminuir el número de cigarrillos al día no aporta los beneficios que los fumadores creen. (¶ 2).

Los resultados obtenidos evidencian que todos los pacientes fumadores consumen de 1 a 3 cigarrillos diarios, y contrastando con la teoría citada se puede deducir que el número de cigarrillos que se fumen va a tener consecuencias por lo tanto lo más recomendable es que los pacientes dejen el hábito de fumar.

³⁵Ondasalud. (2004). Reducir el número de cigarrillos no sirve de nada. DMedicina.com. Consultado: [22, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/2004/01/25/reducir-numero-cigarros-sirve-3590.html>.

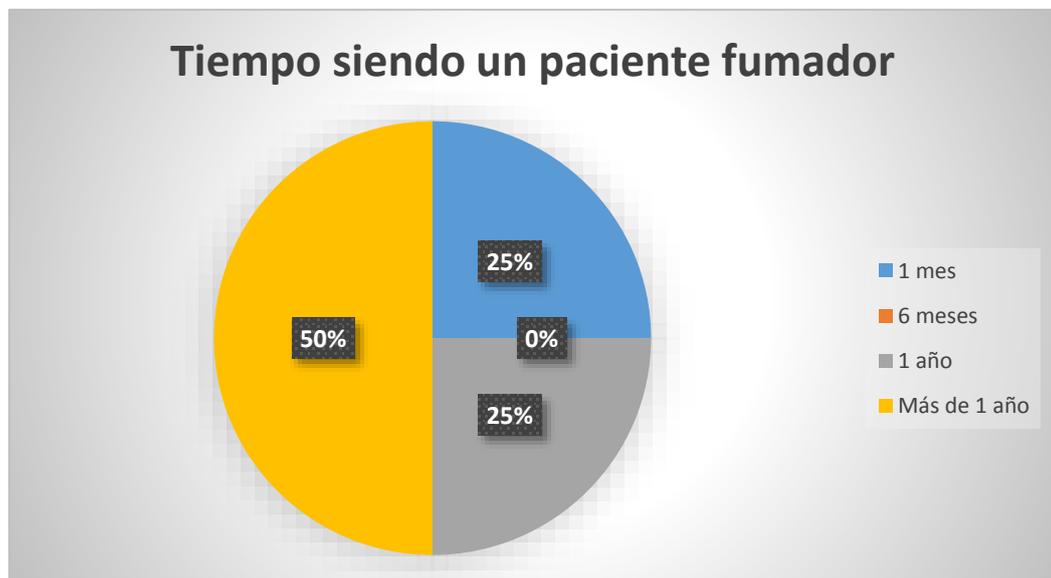
Cuadro 6.

¿Cuánto tiempo usted lleva siendo un paciente fumador?

Orden.	Alternativas.	F.	%
1	1 mes.	1	25
2	6 meses.	0	0
3	1 año.	1	25
4	Más de 1 año.	2	50
TOTAL		4	100

Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Encuesta a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Al preguntarles a los pacientes fumadores ¿Cuánto tiempo usted lleva siendo un paciente fumador? Se obtuvo como respuesta que un 50% más de un año, un mes el 25% (1), y el 25% (1) un año.

Estudiando el artículo del Ministerio de Salud de Argentina³⁶ (2015), se puede conocer que:

Enfermedad Periodontal: Es una enfermedad crónica y progresiva que ocasiona la pérdida de los dientes. La encía recibe menos sangre y oxígeno disminuyendo los mecanismos de protección ante la presencia de las bacterias de la placa dentobacteriana, estas se tornan más agresivas y destruyen de manera más activa los tejidos de soporte los dientes. Dependiendo de su avance se denomina gingivitis, esta se da cuando el proceso de inflamación afecta solamente la encía o periodontitis cuando la inflamación afecta también a los tejidos de soporte y provoca la destrucción del ligamento periodontal y del hueso que sostienen a los dientes.

Con estos resultados se deduce que la mitad de los pacientes fumadores tienen más de un año consumiendo tabaco esto afecta a la salud y también incide en la enfermedad periodontal.

³⁶Ministerio de Salud de Argentina. (2015). Tabaco y complicaciones odontológicas. Programa Nacional de control del tabaco. Consultado: [22, junio, 2015]. <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/109-articulo-02><http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/109-articulo-02>.

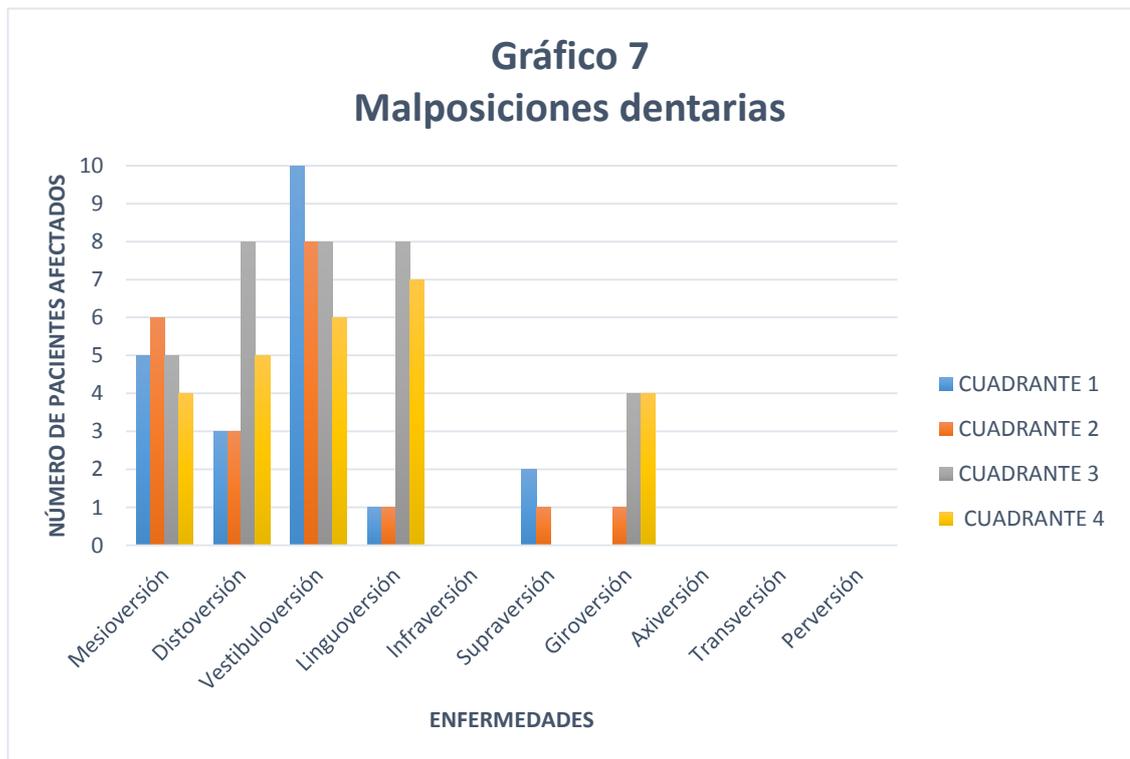
Cuadro 7.

Malposiciones dentarias.

MALPOSICIONES DENTARIAS.	CUADRANTE 1 (piezas)		CUADRANTE 2 (piezas)		CUADRANTE 3 (piezas)		CUADRANTE 4 (piezas)	
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%
Mesioversión.	5	7	6	9	5	7	4	6
Distoversión.	3	4	3	4	8	11	5	7
Vestibuloversión.	10	14	8	11	8	11	6	9
Linguoversión.	1	1	1	1	8	11	7	10
Infraversión.	0	0	0	0	0	0	0	0
Supraversión.	2	3	1	1	0	0	0	0
Giroversión.	0	0	1	1	4	6	4	6
Axiversión.	0	0	0	0	0	0	0	0
Transversión.	0	0	0	0	0	0	0	0
Perversión.	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Ficha de observación a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Ficha de observación a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Del total de los 70 pacientes observados, se tuvo que en las piezas 11-18 el 14% (10) de los pacientes padecen de vestibuloversión, el 7% (5) mesioversión, un 4% (3) distoversión, y el 3% (2) supraversion.

En las piezas 21-28, el 11% (8) vestibuloversión, el 9% (6) mesioversión, un 4% (3) distoversión y un 1% (1) linguoversión, supraversion y giroversión.

Le sigue las piezas 31-38 con el 11% (8) Distoversión, Vestibuloversión y Linguoversión luego con el 7% (5) mesioversión y 6% (giroversión).

Finalmente en las piezas 41-48, el 10% (7) linguoversión, el 9% (6) vestibuloversión, con el 7% (5) distoversión, un 6% (4) mesioversión y giroversión.

Se define a la vestibuloversión como “inclinación hacia vestibular de uno o más dientes de ambas arcadas, siendo más frecuente la vestibuloversión de los incisivos superiores” (Universidad Virtual de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2014).

Dentro de las malposiciones dentarias se destaca la presencia de la vestibuloversión en el cuadrante 1 de los pacientes observados, basado en la definición expuesta, se puede interpretar que los pacientes afectados tienen problemas con su masticación debido a la inclinación que presentan en su dentadura en mayor grado en las piezas mencionadas anteriormente.

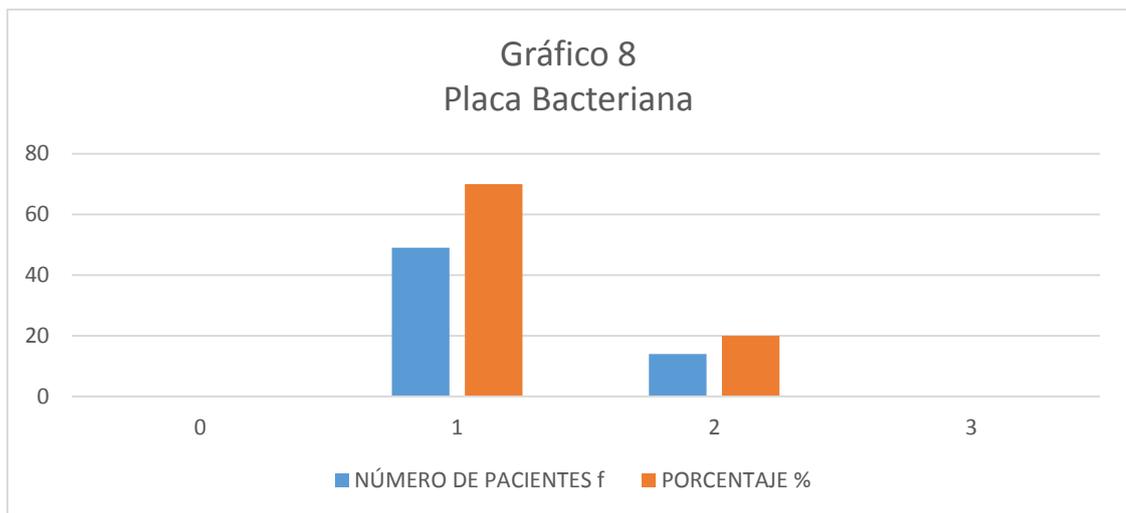
Cuadro 8.

Placa bacteriana.

PLACA BACTERIANA	NÚMERO DE PACIENTES.	PORCENTAJE.
	F.	%
0	0	0
1	49	70
2	14	20
3	0	0

Fuente: Ficha de observación a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera.

Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Ficha de observación a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Del 100% (70) de pacientes observados, se puede deducir que dentro de los niveles de placa en el nivel cero, 0% (0) de los pacientes la tiene.

De la misma manera en el nivel uno 70% (49) de los pacientes lo presentaron seguido del nivel dos con un porcentaje de 20 % (14) de los pacientes.

Finalmente en el nivel 3 de placa bacteriana 0% (0) de los pacientes se observaron con esta enfermedad en ese grado.

De acuerdo a lo analizado en la página web de la Universidad Central del Ecuador³⁷ (2011), Índice de Higiene Oral Simplificado de Green & Vermillon, el cual mide el área de superficie de un diente cubierto por residuos blandos y por cálculo se puede entender que:

Grado 0. No hay placa.

Grado 1. No hay placa a simple vista. Hay placa cuando se realiza el pasaje de sonda o explorador por el área dentogingival.

Grado 2. Hay placa bacteriana a simple vista.

Grado 3. Hay placa bacteriana a simple vista rodeando el diente, incluso por los espacios interdientales. Puede haber cálculo.

Lo más relevante de los resultados es la placa bacteriana en el cuadrante 1 con 70% de los pacientes afectados en el nivel uno, junto con la definición se puede deducir que los tejidos subyacentes de las dentaduras de los pacientes se encuentran afectados por sustancias destructivas.

³⁷ Universidad Central de Ecuador (2011). Facultad de Odontología. Índice de Higiene Oral Simplificado comparativo entre niños y niñas de 6 a 12 años de edad. Consultado: [22, junio, 2015]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/863>. .

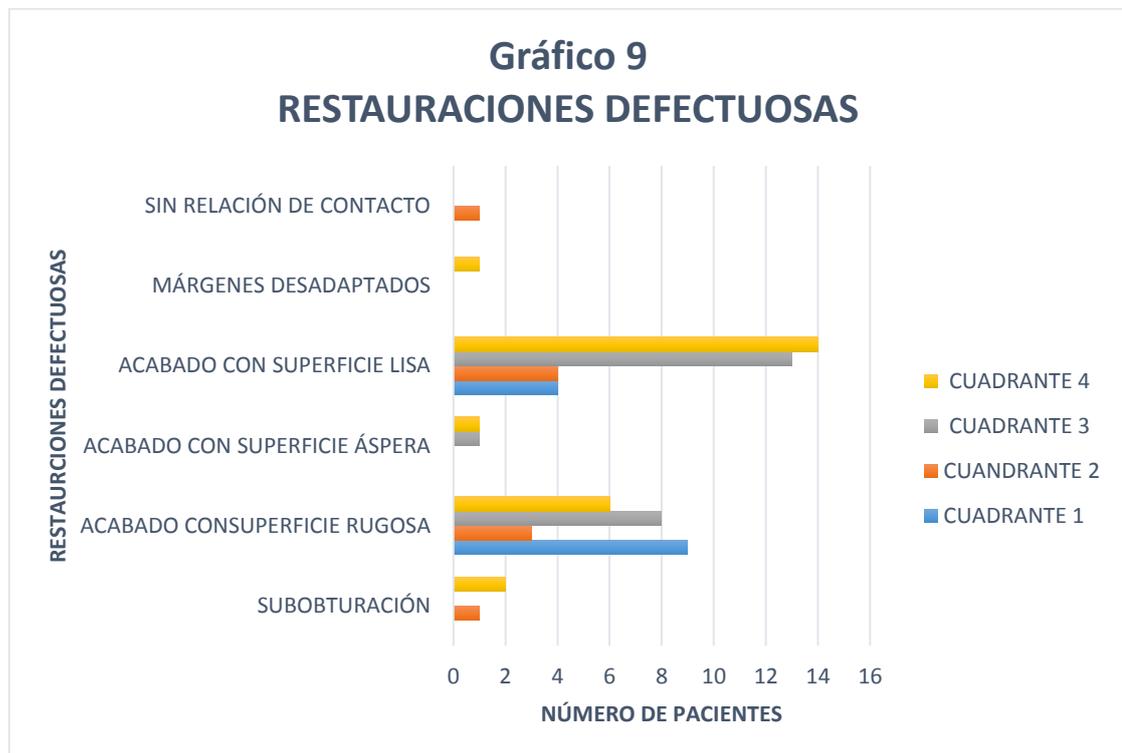
Cuadro 9.

Restauraciones defectuosas.

RESTAURACIONES DEFECTUOSAS	CUADRANTE 1 (PIEZAS)				CUADRANTE 2 (PIEZAS)				CUADRANTE 3 (PIEZAS)				CUADRANTE 4 (PIEZAS)			
	PRESENTA		NO PRESENTA		PRESENTA		NO PRESENTA		PRESENTA		NO PRESENTA		PRESENTA		NO PRESENTA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
SOBREOBTURACIÓN	0	0	70	100	0	0	70	100	0	0	70	100	0	0	70	100
SUBOBTURACIÓN	0	0	70	100	1	1	69	99	0	0	70	100	2	3	68	97
ACABADO CON SUPERFICIE RUGOSA	9	13	61	87	3	4	67	96	8	11	62	89	6	9	64	91
ACABADO CON SUPERFICIE ÁSPERA	0	0	70	100	0	0	70	100	1	1	69	99	1	1	69	99
ACABADO CON SUPERFICIE LISA	4	6	66	94	4	6	66	94	13	19	57	81	14	20	56	80
MÁRGENES DESADAPTADOS	0	0	70	100	0	0	70	100	0	0	70	100	1	1	69	99
SIN RELACIÓN DE CONTACTO	0	0	70	100	1	1	69	99	0	0	70	100	0	0	70	100

Fuente: Ficha de observación a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Ficha de observación a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera.

Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Producto de la observación en los pacientes se obtuvo que en las piezas 11-18 el 13% (9) presentaron acabado con superficie rugosa y un 6% (4) acabado con superficie lisa. De los pacientes que no presentan restauraciones defectuosas, el 100 % (70) son sobreobtención, subobtención, acabado con superficie áspera, márgenes desadaptados, sin relación de contacto, el 87% (61) acabado con superficie áspera, y por el 94% (66) márgenes desadaptados.

En las piezas 21-28, el 6% (4) presentaron acabado con superficie lisa, 4% (3) acabado con superficie rugosa, mientras que el 1% (1) le corresponden a sin relación de contacto y subobtención. En cuanto a los pacientes que no presentan restauraciones defectuosas el 99% (69) le corresponden a sin relación de contacto y subobtención, el 96% (67) acabado con superficie rugosa y 94% (66) acabado con superficie lisa.

Revisando los resultados de las piezas 31-38 de los pacientes que presentan restauraciones defectuosas, se tiene que 19% (13) son a acabados con superficie lisa, 11% (8) acabado con superficie rugosa y el 1% (1) acabado con superficie áspera. De aquellos que no presentan restauraciones defectuosas se obtuvo que 100% (70) son sobreobtención, subobtención, márgenes desadaptados, sin relación de contacto, el 99% (69) acabado con superficie áspera, 89 % (62) acabado con superficie rugosa y el 81% (57) acabado con superficie lisa.

Estudiando las piezas 41-48, el 20 % (14) presentan acabado con superficie lisa 80% (56) no presentan, el 9% (6) presentan superficie rugosa 91% (64) no, el 3%(2) presentan subobtención 97%(68) no presentan, 1% (1) superficie áspera y superficie márgenes desadaptados y un 99% (69) no presentan ninguna de las dos restauraciones defectuosas. El 100% no presenta sin relación de contacto ni sobreobtención en las piezas 41-48.

Analizando la obra de Gil, Perez, & Sàenz³⁸ (2005), se puede conocer que:

Acabado de la superficie

El procedimiento de pulido está destinado no solo ha brillantar la superficie del material restaurador sino alisarla de manera de evitar el acumulo de placa dental. Waerhaug (1998) demostró que la presencia de zonas ásperas o rugosas aumentaba la cantidad y calidad (agresividad) de la placa dental retenida. Si bien algunos materiales son mejores que otros, lo importante no es el material en sí, sino el grado de alisado o pulido que puede alcanzar una vez terminada la restauración. (pp.18).

En contraste con la teoría, se encontró que en los pacientes del centro de salud predomino el acabado con superficies lisas en los cuadrantes 3 y 4 esto significa que la mayoría de los pacientes presentan restauraciones con buen acabo de superficie.

³⁸Gil, M., Perez, A., & Sàenz, M. (2005). Relacion odontologia operatoria/ periodoncia/ oclusion. Caracas.

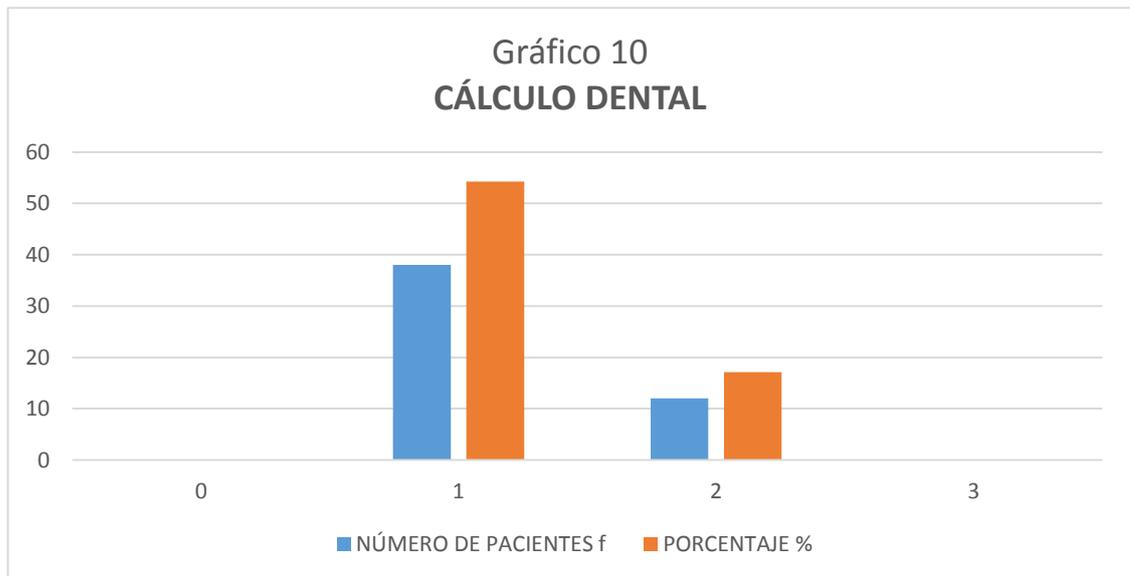
Cuadro 10.

Cálculo dental.

CÁLCULO DENTAL.	NÚMERO DE PACIENTES.	PORCENTAJE.
	F.	%
0	0	0
1	38	54
2	12	17
3	0	0

Fuente: Ficha de observación a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.



Fuente: Ficha de observación a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera

Elaboración: Menéndez V.

Análisis e interpretación.

Una vez realizada las observaciones a los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera se obtuvo que en el nivel 0 de cálculo dental se ubican 0% (0).

En el nivel 1 de placa bacteriana, se obtuvo que 54% (38) la padecen, mientras que el 17% (12) se ubica en el nivel dos del cálculo dental.

No se hallaron pacientes que presenten nivel tres de cálculo dental.

De acuerdo a lo analizado en la página web de la Universidad Central del Ecuador³⁹ (2011), Índice de Higiene Oral Simplificado de Green & Vermillon, el cual mide el área de superficie de un diente cubierto por residuos blandos y por cálculo, se puede entender que.

Grado 0: Ausencia de cálculo supragingival.

Grado 1: Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie examinada.

Grado 2: presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.

Grado 3: Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o bien una faja continua de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente.

Entre los resultados más relevantes se tiene con nivel de cálculo dental grado uno lo cual en contraste con la información expuesta esto afecta a los pacientes debido a que es un factor de riesgo de las enfermedades periodontales, se acumulan más bacterias en la superficie dental.

³⁹ Universidad Central de Ecuador (2011). Facultad de Odontología. Índice de Higiene Oral Simplificado comparativo entre niños y niñas de 6 a 12 años de edad. Consultado: [22, junio, 2015]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/863>.

CAPITULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

Los pacientes de 15 a 30 años de edad del Centro de Salud Andrés de Vera presentan una higiene oral deficiente evidenciándose en mayor valor a 38 pacientes con cálculo dental grado uno y a 49 pacientes con placa bacteriana también en grado uno.

Se determinó que las malposiciones dentarias en los pacientes de 15 a 30 años del Centro de Salud Andrés de Vera la más relevante fue la Vestibuloversión, presentándose en 11 pacientes, respecto a las restauraciones defectuosa se puede concluir que predominó el acabado con superficie lisa encontrándose en 14 pacientes atendidos en el centro de salud.

De acuerdo a lo analizado en los pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera, apenas 4 de los 70 consumen tabaco por lo que se concluye que este hábito no predomina en dichos pacientes.

5.2. Recomendaciones.

Para tener una buena higiene bucal se les recomienda a los pacientes tener una dieta equilibrada, cambiar de cepillo dental cada tres meses, visitar 2 veces al año al odontólogo y emplear una buena técnica de cepillado dental utilizando los implementos adecuados para evitar el acumulo de placa bacteriana y cálculo dental.

Respecto a las malposiciones dentales se les recomienda a los pacientes realizarse el tratamiento de ortodoncia para ayudar el alineamiento de las piezas dentales ya que la posición dental que presentan dificulta la limpieza oral.

Para los pacientes fumadores se les recomienda dejar el hábito del tabaco ya que este incide en muchas enfermedades incluyendo las enfermedades periodontales.

CAPITULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Identificación de la propuesta.

6.1.1. Tema.

Educación en higiene bucal dirigido a los pacientes que asisten al Centro de Salud Andrés de Vera de la ciudad de Portoviejo.

6.1.2. Entidad ejecutora.

Centro de salud Andrés de Vera.

6.1.3. Clasificación de proyecto.

Tipo educativo.

6.1.4. Localización geográfica.

Centro de salud Andrés de Vera en la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, república del Ecuador.

6.1.5. Periodo de ejecución.

Fecha de inicio: 8 de junio de 2015.

Fecha de finalización: 26 de junio de 2015.

6.2. Justificación.

En virtud a los resultados obtenidos en la investigación de campo realizada en el Centro de Salud Andrés de Vera se pudo verificar que la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta odontológica no cumplen con ciertas normas de higiene bucal que es de gran importancia para evitar la aparición de las enfermedades periodontales, motivo por el cual se formuló una propuesta alternativa para contrarrestar los efectos de la mala higiene oral del grupo estudiado.

Motivo por el cual se optó por educar a los pacientes de 15 a 30 años de edad que acuden al Centro de Salud de manera que se pueda tomar medidas correctivas en la mayor parte del problema encontrado, esto les ayudara a prevenir la presencia de placa bacteriana y cálculo dental.

La capacitación y promoción no es un mecanismo nuevo que se utiliza para emprender acciones acerca de un problema o de una técnica especial, pero si es básico y fundamental para lograr cambios significativos y positivos que van a dar como consecuencia una mejor salud bucal en los pacientes estudiados en esta investigación.

6.3. Objetivos.

6.3.1. Objetivo general.

Educar en higiene bucal a los pacientes que asisten al Centro de Salud Andrés de Vera.

6.3.1. Objetivos específicos.

Capacitar a los pacientes que asisten al Centro de Salud Andrés de Vera sobre las medidas de higiene bucal.

Concientizar a los pacientes que asisten al Centro de Salud Andrés de Vera la forma correcta de hacer una limpieza bucal diaria.

6.4. Descripción de la propuesta.

La propuesta estará compuesta por dos etapas para su desarrollo, la fase I comprende la capacitación sobre los hábitos orales ya que se presentó una alta incidencia de placa bacteriana y calculo dental relacionada con la deficiente higiene oral y la fase II que involucra la continuidad de la misma por parte del equipo odontológico.

En la fase I se les habla a los pacientes como realizar un correcto cepillado dental, consultas con el odontólogo, aparte de lo mencionado se les enseñara el uso de los implementos adecuados para una correcta limpieza oral.

6.5. Responsables.

Autora de tesis.

Autoridades del centro de salud.

6.6. Beneficiarios.

6.6.1. Beneficiarios directos.

La propuesta considera un beneficiario directo, que serían los pacientes que asisten al Centro de Salud Andrés de Vera.

6.7. Diseño metodológico.

Fase I: Capacitación.

Fase II: Control odontológico.

6.8. Factibilidad.

La propuesta fue factible porque los pacientes que asistieron al Centro de Salud Andrés de Vera tuvieron el tiempo y la predisposición para colaborar en la investigación de esta manera se pudo trabajar de manera adecuada obteniendo buenos resultados.

6.9. Sostenibilidad.

Esta propuesta fue sostenible porque conto con la colaboración de las autoridades del Centro de Salud Andrés de Vera, el odontólogo y los pacientes, la ejecución de la propuesta se hará mediante un Acta de Compromiso, donde el odontólogo se compromete a continuar con la educación odontológica sobre la correcta higiene dental a los pacientes que acuden al Centro de Salud Andrés de Vera, con la finalidad de contribuir con el mejoramiento de la salud bucal.

6.10. Presupuesto de la propuesta.

Rubro.	Cantidad.	Valor unitario.	Valor total.
Banner	1	70,00	70,00
Imprevistos			7,00
Total.	\$ 77,00		

ANEXO I

Anexo 1.1.

INSTRUMENTALES Y MATERIALES			
RUBROS.	CANTIDAD.	COSTO UNITARIO.	COSTO TOTAL.
Espejo bucal.	10	\$ 2.00	\$ 20.00
Explorador.	10	\$ 2.00	\$ 20.00
Bandeja para Instrumental.	3	\$ 8.00	\$ 24.00
Campos descartables.	100	\$ 0.20	\$ 20.00
Cajas de mascarillas.	2	\$ 5.00	\$ 10.00
Cajas de Guantes.	2	\$ 8.00	\$ 16.00
Paquetes de Servilletas.	2	\$ 0.50	\$ 1.00
Paquetes de Fundas Desechables.	2	\$ 0.50	\$ 1.00
Desinfectantes de manos.	2	\$ 5.00	\$ 10.00
Sondas.	10	\$ 5.00	\$ 50.00
TOTAL.		\$ 36.20	\$ 172.00
ÚTILES DE OFICINA.			
RUBROS.	CANTIDAD.	COSTO UNITARIO.	COSTO TOTAL.
Hojas Bond formato A4.	4	\$ 5.00	\$ 20.00
Fotocopias.	1000	\$ 0.03	\$ 30.00
Lapiceros.	4	\$ 0.35	\$ 1.50
TOTAL.		\$ 5.38	\$ 51.50
PRESUPUESTO FINAL.			
RUBROS.			COSTO TOTAL.
ÚTILES DE OFICINA.			\$ 51.50
INSTRUMENTALES Y MATERIALES.			\$ 172.00
TRANSPORTE.			\$ 100.00
IMPREVISTOS.			\$ 30.00
TOTAL.			\$ 403.50

ANEXO 1.2.

Cronograma.

Nombre de Tarea.	Duración.	Nombre del recurso.
Elaboración de la Investigación.		Autor de tesis.
Recopilación de información.		Autor de tesis.
Redacción de Marco Teórico.		Autor de tesis.
Elaboración de material de apoyo.		Autor de tesis.
Recolección de datos.		Autor de tesis.
Introducción de la información en la base de datos.		Autor de tesis.
Procesamiento de la información, redacción de los capítulos: conclusiones y recomendación.		Autor de tesis.
Revisión de la bibliografía, edición de la introducción, marco teórico, material y método.		Autor de tesis.
Presentación de resultados y discusión.		Autor de tesis.
Escritura del informe final o tesis.		Autor de tesis.
Entrega de la tesis.		Autor de tesis.

Anexo II

Anexo 2.1.

Variable.	Tipo de variable	Descripción	Escala	Indicador
Edad.	Cuantitativa discreta.	Según años cumplidos hasta el momento del estudio.	15 a 30	Número absoluto y porcentaje.
Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Según el sexo biológico al que pertenece ya sea femenino o masculino.	Femenino. Masculino.	Número absoluto y porcentaje.
Higiene bucal.	Cualitativa nominal dicotómica	Índice de Higiene Oral Simplificado de Green & Vermillon (IHO-S), el cual mide el área de superficie de un diente cubierto por residuos blandos y por cálculo. <u>CRITERIO DE PLACA BACTERIANA.</u> 0 – No hay placa.	Placa : 0 1 2 3	Número absoluto y porcentaje.

		<p>1 – No hay placa a simple vista. Hay placa cuando se realiza el pasaje de sonda o explorador por el área dentogingival.</p> <p>2 – Hay placa bacteriana a simple vista.</p> <p>3 – Hay placa bacteriana a simple vista rodeando el diente, incluso por espacios interdientales. Puede haber cálculos.</p> <p><u>CRITERIO DE CÁLCULO.</u></p> <p>0 – Ausencia de cálculo supragingival.</p> <p>1 – Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la superficie examinada.</p> <p>2 – Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.</p> <p>3 – Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada o bien una faja continúa de cálculo subgingival a lo largo de la región cervical del diente.</p>	<p>Cálculo: 0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
Tabaquismo.	Cualitativa nominal dicotómica.	Se interrogará con respecto al consumo de tabaco.	Fumador. No fumador. Ex fumado.	Frecuencia absoluta y relativa.

Malposiciones dentarias.	Cualitativa nominal dicotómica.	Al examen clínico. Véase anexo.	Presenta. No presenta.	Frecuencia absoluta y relativa.
Restauraciones Deficientes.	Cualitativa nominal Dicotómica.	<p>Acabado de la superficie: Es de gran importancia que la superficie de la restauración quede lisa sin rugosidades para evitar así la acumulación de placa dental.</p> <p>Sobrecontorneado: No se debe invadir la papila interdientaria, pues esto dificulta la higiene en esta zona y modifica el nicho ecológico y produce inflamación.</p> <p>Subcontorneado: la aspereza en el área subgingival es un factor importante que contribuye a la acumulación de placa y la posterior inflamación.</p> <p>Márgenes Desadaptados: Constituyen un espacio para el acumulo y retención de la placa dental, en el cual los microorganismos pueden colonizar libremente en esta región y producir la inflamación gingival.</p> <p>Sin relación de contacto: Uno de los efectos que produce una relación de contacto deficiente es el empaquetamiento de comida.</p>	Presenta. No presenta.	Número absoluto y porcentaje.

Anexo 2.2.

Matriz de observación.

MALPOSICIONES DENTARIAS.	CUADRANTE 1 (piezas)		CUADRANTE 2 (piezas)		CUADRANTE 3 (piezas)		CUADRANTE 4 (piezas)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Mesioversión.								
Distoversión.								
Vestibuloversión.								
Linguoversión.								
Infraversión.								
Supraversión.								
Giroversión.								
Axiversión.								
Transversión.								
Perversión.								

PLACA BACTERIANA.	NÚMERO DE PACIENTES.	PORCENTAJE.
	F	%
0		
1		
2		
3		

RESTAURACIONES DEFECTUOSAS	CUADRANTE 1 (PIEZAS)				CUADRANTE 2 (PIEZAS)				CUADRANTE 3 (PIEZAS)				CUADRANTE 4 (PIEZAS)				
	PRESENTA		NO PRESENTA		PRESENTA		NO PRESENTA		PRESENTA		NO PRESENTA		PRESENTA		NO PRESENTA		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
SOBREOBTURACIÓN																	
SUBOBTURACIÓN																	
ACABADO CON SUPERFICIE RUGOSA																	
ACABADO CON SUPERFICIE ÁSPERA																	
ACABADO CON SUPERFICIE LISA																	
MÁRGENES DESADAPTADOS																	
SIN RELACIÓN DE CONTACTO																	

CÁLCULO DENTAL.	NÚMERO DE PACIENTES.	PORCENTAJE.
	F	%
0		
1		
2		
3		

Anexo III

Anexo 3.1.

Designación de directora de tesis.



Anexo 3.2.

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante,

Con CI _____ accedo a formar parte del estudio titulado: “Factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el Centro de Salud Andrés de Vera en el periodo marzo – julio de 2015”

La investigadora del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirarme libremente. He tenido la oportunidad de hacer a la investigadora preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Accedo cooperar con la investigadora y estoy de acuerdo con que los datos personales y médicos, derivados de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora de la investigación.

La información será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por la investigadora participante. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y firma del investigador:

Nombre y firma paciente

Anexo 3.3.

Cuestionario de encuesta



Carrera de odontología.

Factores de riesgo extrínsecos de las enfermedades periodontales en pacientes de 15 a 30 años atendidos en el centro de salud Andrés de Vera en el periodo marzo – julio de 2015.

Formulario de encuesta a pacientes de 15 a 30 años atendidos en el centro de salud Andrés de Vera. La encuesta es confidencial anónima con la finalidad de proporcionarles la mayor facilidad posible al momento de realizarla, sírvase a responder con una (x) en el literal que crea conveniente, al responder hágalo con absoluta sinceridad, su aporte será beneficio para el trabajo que estoy realizando. Las preguntas elaboradas son de autoría propia.

Encuesta n°

1.-¿Cuántas veces al día usted se realiza el cepillado dental?

- 1 vez al día
- 2 veces al día
- 3 veces al día

2.- ¿Cuáles son los instrumentos que utiliza en su higiene bucal?

- Cepillo y pasta
- Cepillo, pasta e hilo
- Cepillo, pasta y enjuague
- Cepillo, pasta, hilo y enjuague

3.- ¿Cuántas veces en el año usted cambia su cepillo dental?

- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Cada año

4.- ¿Usted es paciente fumador?

- Si
- No

5.- Si su respuesta anterior fue Si ¿Cuántos cigarrillos consume al día?

- De 1 a 3
- De 4 a 5
- De 5 a más

6.- ¿Cuánto tiempo usted lleva siendo un paciente fumador?

1 mes

6 meses

1 año

Más de 1 año

Anexo 3.4

Gráfico n° 11.

Cuestionario de encuesta.



Nota: Grafico n°11. Cuestionario de encuesta.

Realizado por la autora de la tesis.

Gráfico n° 12.

Matriz de observacion.



Nota: Grafico n°12. Matriz de observación.

Realizado por la autora.

Grafico nº 13.

Matriz de observación.



Nota: Gráfico nº 13. Matriz de observacion.

Realizado por la autora.

Gráfico nº14.

Matriz de observacion.



Nota: Gráfico nº 14. Matriz de observacion.

Realizado por la autora.

Gráfico n° 15- 16

Matriz de observacion.



Nota: Gráfico n° 15-16. Matriz de observación.

Realizado por la autora.

Gráfico n° 17.

Propuesta.



Nota: Gráfico n°17. Propuesta.

Realizada por la autora.

BIBLIOGRAFIA.

Barrancos, J. M. (2008). *Operatoria Dental: Integración Clínica* (4ta y 3era ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Bastidas, E. (2005, Mayo 10). escuela superior politecnica de chimborazo. [En línea]. Consultado: [18, febrero, 2015] Disponible en: <http://medicina.esPOCH.edu.ec/InfyServ/placa.htm>.

Bautista, W., Unriza, S. R., Munevar, J. C., Lafaurie, G., & Valle, R. R. (2012). Papel de la enfermedad periodontal en el desarrollo de entidades inflamatorias de etiología autoinmune: implicaciones clínicas y desafíos terapéuticos. *Revista Colombiana Reumatologica*. 19, 84-91.

Bueno, L. (2004, Julio). *Periodoncia uruguay*. Consultado: [23, febrero, 2015] Disponible en: http://www.periodonciauruguay.com/includes/pdf/ortodoncia_y_periodoncia.pdf.

Calero, A. R. (2011). *Clasificación de Maloclusiones*. Consultado: [1, marzo, 2015] Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAALMANDOZCALERO.pdf>.

Carranza, Newman, & Takei. (2010). *Periodontología Clínica*. (10ma ed.). México.

Casalino, J. O. (2005). Prevalencia de enfermedades periodontales, factores de riesgo y necesidad de tratamiento en el personal de tropa masculino en Servicio Militar en Lima en el año 2000. *Revista Estomatológica Herediana*. Consultado: [10, enero, 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1967>.

Díaz, A., Fonseca, M., & Parra, C. (2010). Calculo dental una revision de literatura y presentacion de una condicion inusual. Acta odontología venezolana. [En Línea]. Consultado: [23, junio, 2015]. Disponible en:<http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/3/art11.asp>.

Escudero, N., Perea, M., & Bascones, A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Avances en Periodoncia. Consultado: [23, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext.

Geosalud. (n.d.). [En línea]. Consultado: [20, febrero, 2015] Disponible en: http://geosalud.com/saluddental/enfermedad_periodontal2.htm.

Gil, M., Perez, A., & Sàenz, M. (2005). Relacion odontologia operatoria/ periodoncia/ oclusion.. Caracas. Consultado: [20, marzo, 2015] Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_odontologia/Imagenes/Portal/Odont_Operatoria/Relacion_Operatoria-Periodoncia.pdf.

Giménez, S. (2010). La higiene dental en la infancia. Articulos de medicina 21. Consultado: [20, junio, 2015]. Disponible en:http://www.medicina21.com/Articulos-V1350-La_higiene_dental_en_la_infancia.html.

Gonzales, M; Toledo, B y Nazco, R. (2002). Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. Revista Cubana Estomatologica. [En línea]. Consultado: [23, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000300006&script=sci_arttext.

Juárez-López, María Lilia Adriana, Murrieta-Pruneda, José Francisco, & Teodosio-Procopio, Elizabeth. (2005). Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Gaceta médica de México. Consultado: [20, febrero, 2015] Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000300003&lng=es&tlng=es.

Koushyar, K. J. (2010). Manejo de la adicción al tabaco en el paciente oncólogo. *Rev. Gaceta Mexicana de Oncología*. Consultado: [20, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-manejo-adiccion-al-tabaco-el-90000435>.

Linares, J. y Martín-Herrero, J.E. (2003). Bases farmacomicrobiológicas del tratamiento antibiótico de las enfermedades periodontales y periimplatarias. *Avances en Periodoncia*. [En línea]. Consultado: [17, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852003000300004&script=sci_arttext.

Matesanz, P., Matos, R., & Bascones, A. (2008). Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. *Av Periodon Implantol.* . [En línea]. Consultado: [18, febrero, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>.

Méndez, J. A., Pérez, O. J., & Fors, M. M. (2007). Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del Policlínico “Ángel A. Aballí”. *Revista Cubana Estomatológica*. Consultado: [3, marzo, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000200002&script=sci_arttext.

Méndez, J. A., Pérez, O. J., & Fors, M. M. (2007). Factores de riesgo y su relación con la enfermedad periodontal en el área del Policlínico “Ángel A. Aballí”. *Revista Cubana Estomatológica*. Consultado: [10, enero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000200002&script=sci_arttext.

Ministerio de Salud de Argentina. (2015). Tabaco y complicaciones odontológicas. Programa Nacional de control del tabaco. Consultado: [22, junio, 2015]. <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/109-articulo->

[02http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/109-articulo-02.](http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/109-articulo-02)

Murrieta, J. F., Juárez, L. A., Linares, C., & Zurita, V. (2004). Prevalencia de gingivitis en un grupo de escolares y su relación con el grado de higiene oral y el nivel de conocimientos sobre salud bucal demostrado por sus madres. Boletín médico del Hospital Infantil de México. [En línea]. Consultado: [18, febrero, 2015] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100006&script=sci_arttext.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000100006&script=sci_arttext)

Murrieta-Pruneda, José Francisco, Juárez-López, Lilia Adriana, Linares-Vieyra, Celia, Zurita-Murillo, Violeta, Meléndez-Ocampo, Arcelia F., Ávila-Martínez, Claudia Raquel, & Nava-Delgado, Claudia Maricela. (2008). Prevalencia de gingivitis asociada a la higiene oral, ingreso familiar y tiempo transcurrido desde la última consulta dental, en un grupo de adolescentes de Iztapalapa. México. Boletín médico del Hospital Infantil de México. Consultado: [20, febrero, 2015] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000500006&lng=es&tlng=es)

Ondasalud. (2004). Reducir el número de cigarrillos no sirve de nada. DMedicina.com. Consultado: [22, junio, 2015]. Disponible en: [http://www.dmedicina.com/enfermedades/2004/01/25/reducir-numero-cigarros-sirve-3590.html.](http://www.dmedicina.com/enfermedades/2004/01/25/reducir-numero-cigarros-sirve-3590.html)

Organización Mundial de la Salud (2014). Temas de salud. Factores de riesgo. [En línea]. Consultado: [15, febrero, 2015] Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

Pérez, B. R., Rodríguez, G., Pérez, A., Rodríguez, B., & Paneque, M. R. (2009). Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años.

MEDISAN. Consultado: [22, febrero, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.htm.

Pita, S., Vila, M., & Carpente, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. [En línea]. Consultado: [17, febrero, 2015] Disponible en: [www.fisterra.com/mbe/investiga/3f de riesgo/3f de riesgo2.pdf](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf).

Rioboo Crespo, M; Bascones, A. (2005). Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. Av Periodon Implantol. Consultado: [20, junio, 2015] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n2/original2.pdf>.

Rioboo Crespo, M., & Bascones, A. (2008). Factores de riesgo de la enfermedad periodontal: factores genéticos. Av Periodon Implantol. [En línea]. Consultado: [17, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852005000200003.

Rojo, N. R., Flores, A., & Arcos, M. (2011). Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. Revista Odontológica mexicana. Consultado: [20, febrero, 2015] Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/23979>.

Rossi, C. (2004). Atlas de Odontología Restauradora y Periodoncia. Workshop de Cirugía Periodontal para el Practico General. Buenos Aires: Medica Panamericana S.A. ISBN: 950-06-1870-2.

Ruiz, H. J., & Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd. [En línea]. Consultado: [12, febrero, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol28_3_09/ibi07309.htm.

Saludalia. (2008). Técnica de cepillado dental. [En Línea]. Consultado: [20, junio, 2015]. Disponible en: <http://www.saludalia.com/vivir-sano/tecnicas-de-cepillado-dental>.

Toledo Pimental, Bárbara et. (2002). Tabaquismo y enfermedad periodontal. Revista Cubana Medicina Militar. Consultado: [23, febrero, 2015] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000200004.

Universidad Central de Ecuador (2011). Facultad de Odontología. Índice de Higiene Oral Simplificado comparativo entre niños y niñas de 6 a 12 años de edad. Consultado: [22, junio, 2015]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/863>.

Traviesas, E. M., & Seoane, A. M. (2007). Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en adultos jóvenes del municipio Artemisa en relación con la práctica del tabaquismo. Revista Cubana Estomatologica.