

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA DE AREQUIPA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROGRAMA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLINICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA, AREQUIPA, 2015”.

Tesis presentada por la bachiller:

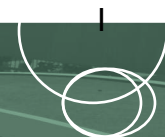
PRISCILA MELISSA RODRÍGUEZ ORTIZ

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA - PERÚ

2015



DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, guiar mis pasos, y levantarme cada vez que tropiezo.

A mis padres, Jorge y Giuliana, a quienes debo lo que soy, por su sacrificio, esfuerzo y amor incondicional.

A Toda mi familia hermanos, primos, tíos, abuelos, por su cariño.

A personas importantes en mi vida Katheryn, Nadia, Thalía, Pablo, Jamir, Giovanna, Nayda, Adriana. Con quienes compartí momentos bonitos, por su cariño y apoyo constante.

Gracias los quiero mucho.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más las necesite y bendecirme siempre.

A la Universidad Católica de Santa María en cuyas aulas logré mi formación profesional y humana.

A la facultad de Odontología y a su Personal Docente por su calidad educativa y profesional que guiaron mi aprendizaje.

A mi Asesora La Dra. Patricia Valdivia Pinto, por su guía.

A los doctores Miembros del Jurado evaluador del Proyecto de Tesis, por su tiempo y atención.

A todos mis amigos, que fueron mi apoyo constante.

A todos los que me apoyaron para llevar a cabo esta tesis.



“EL SEÑOR es mi respuesta en la necesidad, mi refugio en la tormenta, mi consuelo en la tristeza y mi fortaleza en la debilidad...”

ÍNDICE

RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	X
CAPITULO I.....	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
2. ENUNCIADO.....	2
3. DESCRIPCIÓN.....	2
4. JUSTIFICACIÓN.....	4
II. OBJETIVOS.....	5
1. OBJETIVO GENERAL.....	5
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
III. MARCO TEÓRICO.....	6
1. CONOCIMIENTO.....	6
1.1 DEFINICIÓN DE CONOCIMIENTO.....	6
1.2 TIPOS DE CONOCIMIENTO.....	7
1.2.1 CONOCIMIENTO INTUITIVO.....	7
1.2.2 CONOCIMIENTO NO CIENTÍFICO O EMPÍRICO.....	7
1.2.3. CONOCIMIENTO RELIGIOSO.....	8
1.2.4 CONOCIMIENTO FILOSÓFICO.....	8
1.2.5 CONOCIMIENTO CIENTÍFICO.....	9
1.3 FORMAS DE CONOCIMIENTO.....	10
1.3.1 CONOCIMIENTO DISCURSIVO.....	10
1.3.2 CONOCIMIENTO INTUITIVO.....	10
2. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	11

2.1	DEFINICIÓN.....	11
2.2	ETIOLOGÍA.....	12
2.2.1	PLACA BACTERIANA.....	13
2.3	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	15
2.3.1	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GINGIVITIS.....	15
2.3.2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PERIODONTITIS.....	24
3.	CLÍNICA EN SITUACIONES ESPECIALES; TABACO Y CAMBIOS HORMONALES.....	26
3.1	TABACO.....	26
3.2	CAMBIOS HORMONALES.....	27
3.3	RESPIRACIÓN ORAL.....	28
4.	DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	28
4.1	DIAGNÓSTICO DE LA GINGIVITIS.....	29
4.2	DIAGNÓSTICO DE LA PERIODONTITIS.....	30
5.	PRONÓSTICO.....	30
6.	ENFOQUE PREVENTIVO Y TERAPEUTICO.....	32
7.	MÉTODOS COADYUVANTES.....	40
7.1	CLORHEXIDINA.....	41
7.2	ACEITES ESENCIALES.....	42
8.	REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	43
9.	HIPÓTESIS.....	45
CAPITULO II	46
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	46
I. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	46
1.	TÉCNICA.....	46
2.	INSTRUMENTOS.....	46
3.	MATERIALES.....	46

4. MÉTODOS.....	47
II. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	47
1. Ámbito de localización.....	47
2. Unidades de estudio.....	47
III. PROCEDIMIENTO.....	48
IV. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN.....	48
1. Organización.....	48
2. Preparación de las unidades de estudio.....	49
V. MANEJO DE DATOS.....	50
CAPITULO III.....	51
RESULTADOS.....	51
DISCUSIÓN.....	68
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXO.....	72

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo: Comparar el nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal entre pacientes de la Clínica de Pregrado y de Especialidad de la Facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María”, Arequipa 2015.

Para realizar dicha investigación, se realizó una encuesta anónima de 15 preguntas en un universo de 66 pacientes. Su nivel de conocimiento global sobre enfermedad periodontal fue catalogado como muy bueno, bueno, regular y deficiente. Y por categorías (definición, etiología, diagnóstico y tratamiento) fue catalogado como Adecuado e insuficiente.

Una vez obtenido los datos se procedió a la calificación de la encuesta cotejando con nuestra plantilla de respuestas, haciéndose las tabulaciones y cálculos correspondientes.

El resultado final fue que:

La mayor prevalencia sobre conocimiento relacionado a enfermedad periodontal se registró en pacientes de la clínica de Especialidad más de la mitad de ellos (63.6%) tiene un nivel de conocimiento regular en cuanto a la enfermedad periodontal.

Palabras Claves: Nivel de conocimiento, enfermedad periodontal, clínica de Pregrado, y clínica de la especialidad.

ABSTRACT

This research aims: To compare the level of knowledge about periodontal disease among patients of the Clinic and Specialty Undergraduate Faculty of Dentistry of the "Catholic University of Santa María", Arequipa 2015.

To conduct such research, an anonymous survey of 15 questions in a universe of 66 patients was performed. Their level of global knowledge on periodontal disease was classified as very good, good, fair and poor. And by categories (definition, etiology, diagnosis and treatment) was listed as adequate and sufficient.

Once the data obtained we proceeded to the characterization of the survey comparing our template of responses, making tabulations and calculations.

The end result was that:

The higher prevalence of knowledge related to periodontal disease occurred in clinic patients Specialty over half of them (63.6%) has a level of knowledge as to regulate periodontal disease.

Keywords: Level of knowledge, periodontal disease, clinical Undergraduate and specialty clinic.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad Periodontal al igual que la caries dental, como ha señalado la OMS si bien no son las dos únicas patologías de la cavidad oral son las de mayor incidencia en la población en general.

Según investigaciones a la enfermedad Periodontal se le considera como un factor de riesgo para algunas enfermedades sistémicas, además son las causantes de pérdidas de dientes cuando no han podido ser detectadas y tratadas oportunamente.

Su diagnóstico acertado es de gran importancia para su adecuado tratamiento en especial cuando inicia la enfermedad.

Por todo esto, su desconocimiento constituye un problema importante en la salud.

La presente investigación tiene como objetivo central: Comparar el nivel de conocimiento sobre definición, etiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal entre pacientes de la Clínica de Pregrado y de Especialidad de dicha Universidad.

Esto nos permitirá saber el nivel de conocimiento que tienen los pacientes de pregrado y de la especialidad, sobre definición, etiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal darle la debida importancia y desarrollar medidas educativas de información para ampliar su nivel e incentivar a mejorar su salud bucal.

La tesis contiene 3 capítulos:

El Capítulo I denominado PLANTEAMIENTO TEÓRICO está dedicado a presentar los componentes: determinación del problema, enunciado, descripción, justificación, objetivos, marco teórico, revisión de antecedentes investigativos, hipótesis.

El Capítulo II denominado PLANTEAMIENTO OPERACIONAL está dedicado a presentar los componentes: técnica, instrumentos y materiales, campo de verificación, procedimiento, estrategias y manejo de datos.

El Capítulo III denominado RESULTADOS está dedicado a presentar los cuadros y gráficos con sus respectivas interpretaciones. Es importante mencionar que el trabajo fue factible de realizarlo debido a la abierta actitud de colaboración de los pacientes de la clínica de Pregrado y de Especialidad de Periodoncia de la Facultad de Odontología frente a la investigación científica y apoyo en el llenado de cuestionarios.

Al final se presentan las conclusiones, las recomendaciones, la bibliografía y los anexos



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación surge al observar que existe una ausencia de información de los pacientes acerca de las enfermedades que afectan al periodonto, se observa que los pacientes que asisten a la consulta odontológica una vez iniciado el tratamiento periodontal, manifiestan la necesidad de informarse de la importancia que tiene conocer el desarrollo de esta enfermedad, su prevención, diagnóstico y tratamiento, así como reconocer factores perjudiciales y disminuir la actividad de este proceso patológico.

La presente investigación busca comparar el nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal entre pacientes que fueron atendidos en la clínica de Pregrado y los de la Especialidad de Periodoncia de la facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María.

El problema ha sido determinado, recurriendo a la revisión de antecedentes investigativos, a efecto de no incurrir en reiteración investigativa, así mismo a la lectura de tópicos vinculados al tema, a la consulta de especialistas, y a la experiencia en la Clínica Odontológica.

2. ENUNCIADO

Nivel de conocimiento sobre Enfermedad Periodontal entre pacientes de la clínica de Pregrado y de Especialidad de la Facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María”, Arequipa 2015.

3. DESCRIPCIÓN

3.1. Área del conocimiento

Área General : Ciencias de la Salud
 Área Específica : Odontología
 Especialidad : Periodoncia
 Línea o Tópico : Enfermedad Periodontal

3.2. Análisis u Operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Única o situacional	Nivel de conocimiento sobre Enfermedad Periodontal.	Pacientes de la Clínica de Pregrado.	Definición Etiología Diagnóstico
		Pacientes de la Clínica de Especialidad.	Tratamiento

3.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre la Enfermedad Periodontal de la Clínica de Pregrado de la facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María” de Arequipa?
- ¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre la Enfermedad Periodontal de la Clínica de Especialidad de la facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María” de Arequipa?
- ¿Qué grupo de pacientes tendrá un mayor nivel de conocimiento sobre la Enfermedad Periodontal de la Clínica odontológica de la facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María” de Arequipa?

3.4. Nivel de investigación

Comparativa

4. JUSTIFICACIÓN

Originalidad

Es un tema original ya que en nuestro medio no se ha realizado estudios sobre conocimiento de los pacientes tratados en la clínica de Pregrado y de la Especialidad sobre la enfermedad periodontal.

La trascendencia científica y académica

Radica en que los conocimientos son relevantes en todo ejercicio profesional, siendo el odontólogo el profesional de la salud que entra en contacto con el paciente en la consulta odontológica, es necesaria su participación en la prevención, y promoción de la salud oral. La enfermedad periodontal es una de las enfermedades más prevalentes actualmente en la población peruana y erradicarla representa un desafío que requiere de todos los profesionales involucrados en el cuidado de la salud oral.

Factibilidad

La investigación se considera factible porque se ha previsto la disponibilidad de pacientes con las características requeridas, el tiempo, presupuesto, recursos, conocimiento metodológico, así como observancia de los principios éticos que implica trabajar con seres humanos en investigaciones.

Utilidad

Este trabajo es de gran ayuda en la periodoncia, porque determinan que es necesario tomar acciones y estrategias que promuevan la enseñanza de este tema en la facultad de odontología.

II. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Comparar el nivel de conocimiento sobre definición, etiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal entre pacientes de la Clínica de Pregrado y de Especialidad de la Facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María” Arequipa 2015

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Determinar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad periodontal de los pacientes de la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María”.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad periodontal de los pacientes de la Clínica de la Especialidad de la Facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María”.
- ✓ Comparar qué grupo de pacientes tiene mayor nivel de conocimiento sobre la enfermedad periodontal de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María”.

III. MARCO TEÓRICO

1. CONOCIMIENTO

1.1. DEFINICIÓN DE CONOCIMIENTO

Es resultado del proceso por el cual el ser humano obtiene representaciones internas de un objeto. Así, el entendimiento no puede acceder a las cosas, sólo a sus propios contenidos mentales o ideas, aunque procedan y deriven de la experiencia.¹

Es un término filosófico que, si estamos de acuerdo con la tradición occidental, señalaría, que “es la creencia de una verdad que se justifica”.

Las dos grandes tradiciones de la filosofía occidental han sido el racionalismo y el empirismo. La primera corriente argumenta que el verdadero conocimiento es un proceso mental, y no una experiencia sensorial, de manera que existe un conocimiento a priori que no necesita ser justificado. La verdad absoluta es deducida por un razonamiento basado en axiomas. La segunda línea reclama lo contrario, y, frente a lo apriorístico, señala que la única fuente de conocimiento es la experiencia sensorial.²

El conocimiento no solo es racional, sino que incluye ideales, valores, emociones, imágenes, y símbolos. Es una mezcla de razón y emoción, de lo que se puede explicar y de lo que permanece tácito, de lo que no se sabe que se sabe y que surge por interacción enfrentándose a los retos de la competitividad.³

¹ MARTINEZ Ruiz Hector. *Metodología de la investigación*. Pp.46.

² ARBONIES, Angel. *Conocimiento para innovar*. Pp.71.

³ Ibid. Pp.121.

El conocimiento se presenta como una relación entre dos miembros, el sujeto y el objeto que permanecen en ella eternamente separados.⁴

1.2. TIPOS DE CONOCIMIENTO

1.2.1. CONOCIMIENTO INTUITIVO

El primer tipo de conocimiento que adquirimos en la vida es por vía sensitiva: nos percatamos de lo que nos rodea en un nivel inicial gracias a nuestros sentidos. Cuando se registra la representación mental del objeto que se observa, pasamos al conocimiento intuitivo: no necesitamos volver a verlo, basta recordarlo. Lo que percibimos por intuición no está sometido a ningún género de duda. El empirista John Locke consideraba que este tipo de conocimiento era el más claro y seguro que podía alcanzar la mente humana.

1.2.2. CONOCIMIENTO NO CIENTÍFICO O EMPÍRICO

La repetición del conocimiento intuitivo y su constante aplicación en la vida cotidiana, de manera natural y sin que se lleve a cabo una rigurosa sistematización, hace que el ser humano desarrolle lo que se llama experiencia. A este conjunto de conocimientos obtenidos a través de los sentidos desde que nacemos, le denominamos conocimiento empírico.⁵

Al ser producto de la existencia individual, no se refiere a las causas de las cosas, y generalmente son meras opiniones sustentadas en creencias y costumbres propias de la sociedad a la que pertenecemos.

⁴ ARRIETA de Guzman Teresa. *Teoría del conocimiento*. Pp.12

⁵ MARTINEZ Ruiz Hector. Ob. cit. Pp.46.

1.2.3. CONOCIMIENTO RELIGIOSO

El hombre ha tratado de conocer la naturaleza de las cosas a partir de explicaciones que subyacen en el terreno de lo oculto y metafísico. Según Auguste Comte, en un primer momento les atribuyó poderes mágicos a los objetos (fetichismo); luego, consideró que la respuesta a sus cuestionamientos se encontraba en seres supremos o dioses (politeísmo); con el paso del tiempo, dedujo que había sólo un creador (monoteísmo). En estos casos, el conocimiento religioso o teológico se lleva a cabo a través de la creencia o fe, que surge a partir de la revelación que las divinidades, libros sagrados o los profetas anuncian al hombre.

En la mayoría de los casos es un sistema de ideas rígidamente formulado y sustentado con firmeza y repetido de memoria, sin que se plantee problema alguno respecto de su aplicabilidad, es decir, se acepta tal cual y no se discute; hacerlo significaría ofender a Dios o a las ideas, personas y cosas santas. No debemos olvidar que este conocimiento está presente en todos los sistemas religiosos del mundo, por lo que deben ser respetados en cualquier circunstancia.⁶

1.2.4. CONOCIMIENTO FILOSÓFICO

Es resultado de un grado más complejo en el pensamiento abstracto del ser humano. A partir de una serie de consideraciones y reflexiones generales, pretende ofrecer explicaciones de los temas que analiza empleando la razón y los argumentos racionales, a diferencia del conocimiento religioso y empírico. Es un saber de tipo general y totalizante, ya que busca la respuesta al porqué de los fenómenos y las causas que los originan de manera sistemática, generalizadora y rigurosa, para lo cual crea categorías y conceptos.

⁶ MARTINEZ Ruiz Hector. Ob. cit. Pp.47

Es un conocimiento crítico, pues analiza los fundamentos de todo lo que considera y nunca se limita a aceptarlos ingenuamente, esto explica su carácter de ciencia intemporal, ya que cuestiones filosóficas – como el problema del ser, el sentido del cambio, el concepto de sujeto, la estructura de la trascendencia o el alcance del conocimiento- son temas que se han abordado en todas las épocas.

1.2.5. CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Se caracteriza por la búsqueda constante de leyes y principios que rigen los fenómenos naturales. Deriva de la palabra ciencia (del latín scientia, de scire, o sea “conocer”). Se emplea para referirse a la actividad humana cuyo objetivo es la comprensión de la naturaleza y la producción de saberes obtenidos por medio de un método organizado de manera deductiva, que aspira a alcanzar el mayor consenso posible. Es una forma de conocer la realidad o sea los fenómenos que ocurren en la naturaleza y en la sociedad, que incluye todo lo que existe a nuestro alrededor, lo que cabe dentro de nuestra capacidad de entendimiento, lo que es el mundo y lo que somos nosotros.

Es resultado de un método riguroso y objetivo; aspira a dar razón de todas sus afirmaciones, sistematizarlas, fundamentarlas, y probarlas. Pretende explicar de manera objetiva y racional las diversas formas en que se manifiestan los procesos existentes, descubriendo las interacciones con otros procesos; determinar las condiciones necesarias para que ocurra cada proceso; y averiguar las posibilidades y los medios convenientes para hacer más eficaz la intervención humana en dichos procesos.⁷

⁷ MARTINEZ Ruiz Hector. Ob.cit. Pp.48.

1.3. FORMAS DE CONOCIMIENTO

1.3.1. DISCURSIVO

Se basan en el ejercicio de la razón, que avanza paso a paso.

Es mediato, considera que la aprehensión no es por lo regular un acto simple, sino que consta de una pluralidad de actos. La conciencia cognoscente necesita dar vueltas, por decirlo así, en torno a su objeto, para aprehenderlo realmente. Pone su objeto en relación con otros, lo compara con otros, saca conclusiones, etc.

1.3.2. INTUITIVO

Es inmediato, consiste en que en él se aprehende inmediatamente el objeto, como ocurre sobre todo en la visión. No es posible negar que haya un conocimiento semejante.

Aprehendemos inmediatamente, en efecto, todo lo dado en la experiencia externa o interna. Inmediatamente percibimos el rojo o el verde que vemos, el dolor o la alegría que experimentamos. Más cuando se habla de la intuición en sentido estricto no se piensa en esta intuición sensible, sino en una intuición no sensible, espiritual.⁸

La predilección por los métodos discursivos o intuitivos depende de la concepción de hombre que se tenga. Si se privilegia lo intelectual se preferirán los métodos discursivos; si se privilegia lo emocional- volitivo, se preferirán, los intuitivos. La ventaja de los métodos discursivos es que la facultad a la que apelan, la razón, posibilita la revisión de sus resultados; lo que no ocurre con los métodos intuitivos.

⁸ ARRIETA de Guzmán Teresa. Ob. cit. Pp.32.

Lo positivo de los métodos discursivos es que apelan a una facultad- la racional- que si bien no es infalible, exige la presentación de argumentos que pueden revisarse y, hasta rechazarse, recurriendo al razonamiento lógico, les otorga mayor objetividad.⁹

Por otro lado, es cierto que el hombre no es simplemente intelecto, y que en la esfera práctica, con frecuencia, la voluntad y el sentimiento tienen la última palabra.

Lo positivo de los métodos intuitivos es que, justamente enfatizan las facultades que los métodos discursivos han dejado de lado. Se enfatizan las fuerzas emocionales y volitivas que la razón humana no podría eludir y de las que, más bien, depende.¹⁰

2. ENFERMEDAD PERIODONTAL

2.1. DEFINICIÓN

La enfermedad periodontal se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas.

Se trata de un trastorno relativamente común debido a una higiene bucal deficiente, a la susceptibilidad del hospedero y a la falta de un adecuado control odontológico.

El primer estadio de la mayoría de los tipos de enfermedad periodontal es la gingivitis, que se caracteriza por la inflamación de las encías, sangrado al cepillarse los dientes, encías rojas y dolorosas, mal aliento y alteraciones tisulares. El segundo estadio es la periodontitis, comprende la inflamación que afecta a todas las estructuras de soporte

⁹ ARRIETA de Guzmán Teresa. Ob. Cit. Pp.42.

¹⁰ Ibid. Pp.43.

de los dientes. Como resultado la periodontitis se caracteriza clínicamente por la presencia de surcos gingivales profundos (bolsas periodontales), así como pérdida del hueso alveolar. Si no se trata, trae como consecuencia una progresiva movilidad dentaria y finalmente la pérdida de los dientes.

2.2. ETIOLOGÍA

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad periodontal son producto de una compleja interacción entre el agente causal, en este caso bacterias específicas de la placa dental, y los tejidos del huésped. Esta parte describe el conjunto de diferentes factores, locales o sistémicos, que influyen en la evolución de la enfermedad al modificar los mecanismos propios de la interacción bacterias- huésped.

La inflamación es la característica patológica central de la enfermedad periodontal y la placa bacteriana el factor causal que induce el mecanismo inflamatorio

El aumento de la acumulación de placa es secundario a la higiene bucal ineficaz y se complica más aun por la presencia de factores locales como cálculos, restauraciones dentales desbordantes, o dientes apiñados o en mal posición.

La reacción de la placa bacteriana recibe el efecto del genotipo de la persona, la constitución genotípica y las influencias ambientales. Se han identificado la variación o mutación genética que regula la reacción del individuo a la agresión bacteriana y en ciertos casos guarda relación con formas avanzadas de enfermedad periodontal. Los diabéticos o fumadores son más propensos a la destrucción periodontal respecto de los individuos no diabéticos ni fumadores. Los factores del huésped también son decisivos en el mecanismo de reparación de los tejidos que interviene en el buen resultado del tratamiento de afecciones periodontales.

Datos más recientes indican que los padecimientos periodontales pueden ejercer un efecto considerable sobre estados sistémicos como la aparición de cardiopatías, apoplejía o nacimiento prematuro de niños. Así, los factores del huésped actúan en forma local al reducir la resistencia a la destrucción de los tejidos periodontales como consecuencia de la agresión bacteriana y esta última es capaz de precipitar reacciones locales o sistémicas que propician una enfermedad sistémica.¹¹

2.2.1. PLACA BACTERIANA¹²

Toda superficie reacciona de alguna manera con el medio que la rodea, pueden hacerlo de un modo protector o destructor. Los dientes se hallan expuestos a un ambiente complejo en la boca, y sobre la superficie dental se forman diversos compuestos orgánicos. Sobre un diente acabado de limpiar se forma en pocos minutos de exposición a la saliva una “película adquirida”. Es una capa delgada, clara, acelular, exenta de bacterias, casi invisible. A medida que la película madura se hace más gruesa y puede pigmentarse.

El paso siguiente en la formación de la placa dental o bacteriana es la colonización bacteriana de la superficie de la película adquirida. La placa bacteriana es una matriz proteínica blanda en la cual se hallan en suspensión muchas bacterias de varios tipos.

Se forma sobre la película adquirida en 12 a 24 horas. Este producto del crecimiento está tenazmente adherido a la superficie del diente, y presenta una forma arquitectónica definida cuando se estudia histológicamente.

¹¹ NEWMAN Michael G. *Carranza Periodontología Clínica*. Pp.99.

¹² PRICHARD, John F. *Enfermedad Periodontal Avanzada, Tratamiento Quirúrgico y Protésico*. Pp.7

La composición de la dieta afecta a la formación de placa y a su relación con la caries dental y la enfermedad periodontal. Para que se inicie la enfermedad periodontal destructiva crónica es esencial la formación de la placa.

✓ **IDENTIFICACIÓN SELECCIONADA Y RECLASIFICACIÓN DE BACTERIAS PERIODONTALES.**¹³

CLASIFICACIÓN ACTUAL	ESTADO PREVIO
Campylobacter rectus	Wolinella recta
Campylobacter showae	Especie nueva
Porphyromonas endodontalis	Bacteroides endodontalis
Porphyromonas gingivalis	Bacteroides gingivalis
Prevotella denticola	Bacteroides denticola
Prevotella Intermedia	Bacteroides intermedius
Prevotella loescheii	Bacteroides loescheii
Prevotella melaninogenica	Bacteroides melaninogenicus
Prevotella nigrescens	Especie nueva
Prevotella pallens	Especie nueva
Treponema amylovorum	Especie nueva
Treponema lecithinolyticum	Especie nueva
Treponema maltophilum	Especie nueva
Treponema médium	Especie nueva

¹³ NEWMAN Michael G. Ob. Cit. Pp.101.

2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

2.3.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GINGIVITIS

En general, las características clínicas de la gingivitis se distinguen por la presencia de cualquiera de los siguientes signos clínicos: enrojecimiento, y consistencia esponjosa del tejido gingival,

hemorragia bajo provocación, cambios en el contorno y presencia de cálculos o placas sin evidencia radiográfica de pérdida del hueso de la cresta.¹⁴

Hallazgos Clínicos

- **Hemorragia gingival al sondeo**

Indica una lesión inflamatoria en el epitelio y el tejido conectivo que presenta diferencias histológicas específicas en comparación con la encía sana.

Aunque la hemorragia gingival al sondeo tal vez no sea un buen indicador diagnóstico para la pérdida de inserción, su ausencia es un excelente predictor negativo de la pérdida futura de inserción. Por tanto, la ausencia de hemorragia gingival al sondeo es deseable e incluye un bajo riesgo de pérdida de inserción clínica en el futuro.

Algo interesante es que varios estudios demuestran que el tabaquismo suprime la respuesta inflamatoria gingival, y se encontró que el tabaquismo ejerce un fuerte efecto crónico de supresión dependiente de la dosis sobre la hemorragia gingival al sondeo en la tercera National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III).

¹⁴ NEWMAN Michael G. Ob. cit. Pp. 362.

Además la investigación reciente revela un aumento en la hemorragia gingival al sondeo en pacientes que dejaron de fumar. Por tanto, se debe informar que hay una posibilidad de un aumento en la hemorragia gingival que se relaciona con el abandono del tabaquismo.

- **Hemorragia gingival causada por factores locales**

Entre los factores que contribuyen a la retención de placa que pueden provocar gingivitis se incluyen variaciones anatómicas y de desarrollo dental, caries, tensión del frenillo, factores yatrogénicos, dientes en mala posición, respiración bucal, desbordes, dentaduras parciales, falta de encía insertada y recesión.

- **Hemorragia crónica y recurrente**

Es crónica y recurrente y es provocada por un trauma mecánico (p. ej., cepillado de dientes, palillos o impacción de comida) o por morder alimentos sólidos, como manzanas.

La hemorragia gingival al sondeo es un factor diagnóstico importante para el clínico en la planeación del tratamiento periodontal. Se relaciona con la inflamación y ulceración del epitelio que recubre el surco gingival.

La presencia de placa por dos días puede iniciar la hemorragia gingival al sondeo, mientras que, una vez establecida, puede tomar siete días o más después del control y tratamiento continuo de la placa para eliminar la hemorragia gingival. Por tanto la ausencia de placa y la presencia de hemorragia gingival indican una mejora en el control de la placa que puede darse de forma inmediata antes del examen. La presencia de hemorragia es una indicación de inflamación gingival activa, y hasta que se

controle, el paciente está en riesgo de una enfermedad periodontal y una destrucción del tejido.¹⁵

- **Hemorragia gingival relacionada con factores sistémicos**

En algunas enfermedades sistémicas se da una hemorragia gingival espontánea o después de la irritación, y es excesiva y difícil de controlar.

Estas enfermedades hemorrágicas representan una amplia variedad de enfermedades que tienen diversos factores etiológicos y manifestaciones clínicas. Estos padecimientos presentan la característica común de tener una falla en el mecanismo hemostático y producen una hemorragia anormal en la piel, los órganos internos y otros tejidos, como la mucosa bucal.

Entre los trastornos hemorrágicos en que se encuentra una hemorragia gingival anormal se incluyen anomalías vasculares (deficiencia de vitamina C, o alergia a esta, como purpura de Shonlein- Henoch), trastornos de las plaquetas (purpura trombocitopénica), hipoprotrombinemia (deficiencia de vitamina k), otros defectos en la coagulación (hemofilia, leucemia, enfermedad de la Navidad), deficiencia del factor tromboplastico de plaquetas (PF3) que produce uremia, meloma múltiple y purpura posrubeola.

También se ha informado que los efectos del tratamiento de reemplazo hormonal, los anticonceptivos, el embarazo y el ciclo menstrual afectan a la hemorragia gingival.

Además, desde hace mucho se ha establecido que los cambios en las hormonas androgénicas son factores de modificación importantes en la gingivitis, sobre todo entre adolescentes.

¹⁵ NEWMAN Michael G. Ob. cit. Pp. 364.

Muchos reportes han demostrado efectos notables de los niveles fluctuantes de estrógeno/progesterona sobre el periodoncio, que inician desde la pubertad. Entre los cambios endocrinos patológicos, la diabetes es un padecimiento endocrino con un efecto bien reconocido sobre la gingivitis.

Por último también se ha encontrado que una gran variedad de medicamentos tienen efectos adversos sobre la encía. Por ejemplo se ha informado que los anticonvulsivos, los bloqueadores del canal del calcio antihipertensivos y los medicamentos inmunosupresores causan agrandamiento gingival, que puede causar de forma secundaria hemorragia gingival.

La American Heart Association ha recomendado ácido acetilsalicílico como agente en el tratamiento de la enfermedad cardiovascular, y este ácido suele prescribirse para artritis reumatoide, osteoartritis, fiebre reumática y otras enfermedades inflamatorias de las articulaciones. Por tanto, es importante considerar el efecto del ácido acetilsalicílico sobre la hemorragia durante el examen dental de rutina para evitar lecturas falsopositivas, que pueden tener como resultado un diagnóstico erróneo del paciente.¹⁶

- **Cambios de color en la encía**

El color de la encía está determinado por muchos factores, como el número y tamaño de los vasos sanguíneos, el grosor epitelial, la cantidad de queratinización y pigmentos dentro del epitelio.

- **Cambios de color en la gingivitis.** El cambio de color es un signo clínico importante de la enfermedad gingival.

¹⁶ NEWMAN Michael G. Ob. cit. Pp. 365.

La inflamación crónica intensifica el color rojo o rojo azulado debido a la proliferación vascular y la reducción de la queratinización. Además la estasia venosa contribuye al matiz azulado. El color gingival cambia conforme aumenta la cronicidad del proceso inflamatorio. Los cambios empiezan en las papilas interdentes y el margen gingival y se extienden a la encía insertada. El diagnóstico y tratamiento apropiados requieren una comprensión de los cambios en los tejidos que alteran el color de la encía en el nivel clínico.

Los cambios de color varían con la intensidad de la inflamación. En un inicio hay un aumento de eritema. Si no empeora el padecimiento, es el único cambio de color hasta que la encía regresa a la normalidad. En la inflamación aguda grave, el color rojo se desvanece de manera gradual hasta adquirir un color gris blancuzco. La decoloración gris producida por la necrosis del tejido se separa de la encía adyacente por una zona eritematosa delgada muy bien definida.

- **Pigmentación metálica.** Cuando los metales pesados (bismuto, arsénico, mercurio, plomo y plata) se absorben de forma sistémica por su uso terapéutico, ocupacional o doméstico, pueden decolorar la encía y otras áreas de la mucosa bucal. Estos cambios son raros pero deben descartarse en casos en que se sospecha.

Por lo general, los metales producen una línea negra o azul en la encía que sigue el contorno del margen.

La pigmentación también puede tener aspecto de manchas negras que afectan la encía marginal interdental e insertada.

La pigmentación puede eliminarse con el tratamiento de los cambios inflamatorios, sin que sea necesario discontinuar el medicamento que contiene metal.¹⁷

- **Cambios de color relacionados con los factores sistémicos**

Muchas enfermedades sistémicas causan cambios en el color de la mucosa bucal, como la encía. En general, estas pigmentaciones anormales no son específicas y deben incitar más esfuerzos diagnósticos o la referencia a un especialista apropiado.

Las pigmentaciones bucales endógenas pueden ser provocadas por la melanina, la bilirrubina o el hierro.

Las enfermedades que aumentan la pigmentación de melanina incluyen las siguientes:

La enfermedad de Addison es provocada por una disfunción suprarrenal y produce parches aislados de decoloración que varían de negro azulado a café.

El síndrome de Peutz- Jeghers produce poliposis intestinal y pigmentación de melanina en la mucosa bucal y los labios.

El síndrome de Albright (displasia fibrosa poliostótica) y la enfermedad de von Reckinghamusen (neurofibromatosis) producen áreas de pigmentación bucal por melanina.

Los pigmentos biliares también manchan la piel y las membranas mucosas. La ictericia se detecta mejor con el examen de la esclerótica, aunque la mucosa bucal también puede adquirir un color amarillento. El depósito de hierro en la hemocromatosis puede producir una pigmentación azul grisácea de la mucosa bucal.

¹⁷ NEWMAN Michael G. Ob. cit. Pp. 366.

Muchos trastornos endocrinos y metabólicos, como la diabetes y el embarazo, pueden generar cambios en la coloración.

Las discrasias sanguíneas como la anemia, la policitemia y la leucemia pueden inducir cambios de color.

El tabaco causa hiperqueratosis de la encía y también puede inducir un aumento significativo en la pigmentación de melanina de la mucosa bucal.

- **Cambios en la consistencia de la encía**

En la gingivitis crónica coexisten cambios destructivos (edematosos) y reparativos (fibróticos), y la consistencia de la encía está determinada por su predominancia relativa.¹⁸

Gingivitis crónica

- Hinchazón blanda que se hunde a la presión.
- Ablandamiento y fragilidad marcada, con fragmentación fácil en la exploración con sonda y áreas superficiales con puntos rojos y descamados.
- Consistencia firme, correosa.

Formas agudas de gingivitis

- Hinchazón difusa y ablandamiento.
- Esfacelamiento con partículas de residuos grisáceas, con aspecto de copo, adheridas a la superficie erosionada.
- Formación de vesículas.¹⁹

¹⁸ NEWMAN Michael G. Ob. Cit. Pp.367.

¹⁹ Ibid. Pp.368.

- **Cambios en la textura de la superficie de la encía**

La superficie de la encía normal suele presentar varias depresiones y elevaciones pequeñas, lo que da al tejido una apariencia tipo cascara de naranja a la que se le denomina *graneado*. Aunque se desconoce la importancia biológica del graneado gingival, algunos investigadores concluyen que la pérdida de graneado es un signo temprano de gingivitis. Sin embargo, los clínicos deben tomar en cuenta que su patrón y extensión varía en diferentes áreas de la boca, entre pacientes y con la edad.

En la inflamación crónica, la superficie gingival es brillante o firme y nodular, si los cambios dominantes son exudativos o fibróticos, respectivamente.²⁰

- **Cambios en la posición de la encía**

Lesiones traumáticas.

Las fuentes de lesión química incluyen el ácido acetilsalicílico, el peróxido de hidrógeno, el nitrato de plata, el fenol y los materiales endodónticos.

En casos agudos, la aparición de epitelio necrosante, erosión o ulceración, además de eritema son elementos comunes.

En casos crónicos, suelen presentarse defectos gingivales permanentes en forma de recesión gingival.

Recesión gingival.

La recesión gingival es un hallazgo común. La prevalencia, magnitud y gravedad de esta recesión aumenta con la edad y prevalece más en hombres.

²⁰ NEWMAN Michael G. Ob. Cit. Pp.368.

Posiciones de la encía. Por definición clínica, la recesión es la exposición de la superficie radicular por medio de un cambio apical en la posición de la encía.

La gravedad de la recesión se determina por la posición real de la encía, no por la aparente. Por ejemplo en la enfermedad periodontal, la pared inflamada de la bolsa cubre parte de la raíz desnuda; por tanto se esconde una parte de la recesión y otra parte puede ser visible. La cantidad total de recesión es la suma de ambas.

La recesión se refiere a la ubicación de la encía, no a su estado. La encía con recesión puede estar inflamada pero normal, excepto por su posición. La recesión puede localizarse en un diente o en un grupo de dientes, o estar generalizada en toda la boca.

Factor etiológico la recesión gingival aumenta con la edad.

Se ha identificado que los siguientes factores etiológicos participan en la recesión gingival: mala técnica de cepillado de dientes (abrasión gingival), mala posición de los dientes, fricción de los tejidos blandos (ablación gingival), inflamación gingival, inserción anormal del frenillo, y odontología yatrogena.²¹

Las restauraciones dentales desbordantes por mucho tiempo se han considerado como un factor que contribuye a la gingivitis debido a la retención de placa. En el aspecto clínico, la violación del ancho biológico suele manifestarse como inflamación gingival, mayor profundidad de las bolsas periodontales o recesión gingival.

²¹ NEWMAN Michael G. ob. cit. Pp.369.

Cambios en el contorno gingival

Los cambios en el contorno gingival se relacionan, sobre todo con el agrandamiento gingival, pero también puede darse estos cambios en otras enfermedades. Representan meros cambios inflamatorios peculiares de la encía marginal.²²

2.3.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PERIODONTITIS

En todas las formas de periodontitis vamos a encontrar un mayor o menor grado de inflamación gingival que se va a mantener por cambios en la coloración de la encía, la cual en vez de tener un color rosa pálido pasa a tener una coloración rojo-azulada.

También va a cambiar la consistencia de la misma: En vez de una encía que se adapta firmemente en filo de cuchillo al cuello del diente, nos encontramos una encía congestiva y edematosa (rodeada e hinchada).

Otro signo de inflamación va a ser el sangrado al sondaje, aunque éste puede no estar presente en los pacientes muy fumadores.

Este aspecto clínico es común con la gingivitis y el dato que nos va a diferenciar ambas patologías va a ser la presencia de una profundidad de sondaje aumentada en el caso de la periodontitis encontraremos valores superiores a 3 mm, hablando de bolsas periodontales, un signo inequívoco de enfermedad periodontal.

Algunas veces la destrucción ósea, que caracteriza a la periodontitis, y la consiguiente migración apical del epitelio de unión va acompañada de una migración apical de toda la encía

²² NEWMAN Michael G. ob. cit. Pp. 370.

marginal, exponiéndose parte de la raíz dental, que es a lo que llamamos recesión. A nivel interproximal, la pérdida ósea se traduce por unas papilas planas, produciéndose triángulos negros entre los dientes.²³

En ocasiones hay exudado en el surco gingival que puede llegar a ser supuración, lo que hace que aparezca halitosis y mal sabor de boca.

En los dientes multirradiculares, a medida que la periodontitis avanza, y por lo tanto, es mayor la pérdida ósea, llega un momento en que esta pérdida afecta a las zonas de las furcaciones. Las bolsas que afectan las furcaciones plantean problemas especiales para su tratamiento. Son angostas y relativamente inaccesibles haciendo difícil (cuando no imposible) tanto el control de placa por parte del paciente como el desbrindamiento preciso por parte del profesional.

Movilidad Dental: La presencia de movilidad dental refleja la pérdida de soporte dental. No debemos olvidar que en esta movilidad también van a influir la inflamación y la posible presencia de trauma oclusal y/o patología periapical.

Un síntoma que puede aparecer en la periodontitis avanzadas es el desplazamiento de los dientes con extrusiones, rotaciones, aparición de diastemas, o desplazamiento en bloque de todo el frente anterior, que es lo que conocemos como migración patológica.²⁴

²³ ENRILE DE ROJAS Francisco. *Manual de higiene Bucal*. Pp.23.

²⁴ Ibid Pp. 24.

3. CLÍNICA EN SITUACIONES ESPECIALES; TABACO Y CAMBIOS HORMONALES

3.1. TABACO

Los fumadores presentan una encía fibrótica, poco enrojecida, edematosa y con frecuentes lesiones de recesión en los segmentos anteriores. Además con el consumo de tabaco es frecuente observar manchas melánicas (melanosis del fumador) de distribución anterior, asimétrica, y localización tanto papilar como en encía libre e insertada; posiblemente el trauma físico, el calor o los componentes del tabaco sobre la mucosa provoquen la formación excesiva de melanina.

La hipoxia presente como consecuencia de la vasoconstricción por la nicotina, en una microcirculación terminal como la gingival, da lugar, a nivel de papilas y col interdentario, a la aparición de un tejido insuficientemente vascularizado, que representa un medio ideal para el crecimiento e invasión bacteriana. Por otro lado, tiene lugar una disminución del aporte de elementos de reparación por parte de la sangre al tejido gingival y, por consiguiente, se debilita, la capacidad de cicatrización de este tejido. También puede estar comprometido el sistema inmune.²⁵

Estudios Clínicos han demostrado que en modelos humanos de gingivitis experimental, el desarrollo de la inflamación como respuesta a la acumulación de placa se reduce en fumadores, en comparación con no fumadores.

Estos datos sugieren que los fumadores tienen menor expresión de inflamación clínica en presencia de acumulación de placa en comparación con los no fumadores.²⁶

²⁵ SOCIEDAD ESPAÑOLA de periodoncia y osteointegración. *Manual Sepa de Periodoncia y Terapéutica de Implantes Fundamentos y Guía Práctica*. Pp.28.

²⁶ NEWMAN Michael G. ob. cit. Pp.251.

3.2. CAMBIOS HORMONALES

3.2.1. EMBARAZO

La gingivitis del embarazo, presente en el 70% de las embarazadas, se considera un cuadro inflamatorio gingival condicionado por la interacción entre el significativo aumento en los niveles plasmáticos de hormonas (sobre todo los estrógenos y progestágenos) y la presencia de un agente irritante local, como la placa bacteriana. No se suele producir en ausencia de placa bacteriana, es decir, que el embarazo en si no produce esta lesión. Se trata de una gingivitis comúnmente generalizada, que afecta en mayor medida a áreas interproximales que sangran de manera espontánea o ante un leve estímulo provocador. Una forma clínica particular es el llamado tumor del embarazo, que aparece en el 5 % de las pacientes, en el segundo o tercer trimestre, mostrándose como una masa sésil o pediculada que brota del espacio interproximal como un hongo. Es una lesión indolora, que no invade el tejido óseo y que sangra con facilidad. Este tipo de lesión desaparece con frecuencia tras el parto.

La forma de prevención de todas estas alteraciones gingivales es una cuidadosa higiene oral. Cualquier intervención que se haga sin suprimir los irritantes locales irá seguida de recidiva.

3.2.2. PUBERTAD, INGESTA DE ANTICONCEPTIVOS, MENSTRUACIÓN

Esta lesión inflamatoria gingival es consecuencia de los cambios hormonales que acontecen en esta época de la vida, que magnifican la respuesta de los tejidos ante la presencia de la placa bacteriana, por ese motivo son descritos por Carranza en su clasificación de los agrandamientos gingivales como agrandamientos condicionados.²⁷

²⁷ SOCIEDAD ESPAÑOLA de periodoncia y osteointegración. Ob. cit. Pp.29.

Estos mismos picos hormonales serían los responsables de los cuadros de gingivitis en la mujer que toma anticonceptivos orales (estrógenos y progestinas) o que se encuentra en la fase de ovulación del ciclo menstrual.²⁸

3.3. RESPIRACIÓN ORAL

En los pacientes con respiración oral es un hallazgo frecuente la ocurrencia de gingivitis, e incluso algún grado de aumento del volumen gingival en los dientes del sector anterosuperior. La respiración oral se asocia en general a dientes anterosuperiores en malposición, a mordida abierta anterior o a insuficiencia del sellado labial. La encía del área expuesta se presenta roja, con aspecto edematoso y muchas veces con una línea nítida de demarcación con la encía adyacente que no se encuentra expuesta.²⁹

4. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

En la actualidad el diagnóstico de la enfermedad periodontal continúa basándose en el examen clínico del paciente, principalmente en la detección de los cambios inflamatorios y en la valoración de la extensión y distribución de la pérdida de inserción.

El método clínico detecta el daño periodontal una vez producido y, por lo tanto, permite conocer de forma apropiada la gravedad del proceso en el momento del diagnóstico. Sin embargo, la exploración clínica no determina con seguridad si estamos ante una fase de actividad destructiva o ante la exploración de un paciente con alto riesgo de progresión de la enfermedad en el futuro.

²⁸ SOCIEDAD ESPAÑOLA de periodoncia y osteointegración. Ob. cit. Pp.30.

²⁹ ENRILE DE ROJAS Francisco. Ob. cit. Pp.17.

Con estos fines se investiga el desarrollo de métodos diagnósticos bioquímicos, microbiológicos, genéticos e inmunológicos, que puedan en un futuro ser incorporados a la práctica clínica diaria.

4.1. DIAGNÓSTICO DE LA GINGIVITIS

La gingivitis es un proceso inflamatorio que se detecta histológicamente a los cuatro días de la acumulación de placa, manifestándose clínicamente, por sangrado al sondaje hacia los siete días. Se afecta exclusivamente

el componente más superficial del periodonto, la encía marginal, y el proceso inflamatorio no se extiende más allá del epitelio de inserción. Así en el diagnóstico hemos de tener en cuenta dos aspectos fundamentales, por un lado la detección de los cambios inflamatorios y, por otro lado, la ausencia de destrucción de los tejidos periodontales profundos.

Para su diagnóstico registramos los signos visuales de inflamación de la encía (enrojecimiento, engrosamiento del margen gingival con agrandamiento de las papilas interdenciales y desadaptación al contorno dental, etc). Sin embargo el signo más estrechamente relacionado con la presencia de una gingivitis es el sangrado, espontáneo o provocado al sondear.³⁰

La actuación de diversos factores modificadores locales (respiración bucal) o generales (embarazo, toma de anticonceptivos, tratamientos con hidantoínas,

ciclosporinas, o nifedipina, enfermedades sistémicas, etc.), pueden alterar las características clínicas de la gingivitis. En estos casos puede aparecer un agrandamiento gingival notable, dando lugar a la formación de pseudobolsas (profundidades de bolsa al sondaje mayores de 3 mm por sobrecrecimiento de los tejidos blandos por encima del límite amelocementario).

³⁰ SOCIEDAD ESPAÑOLA de periodoncia y osteointegración. Ob. cit. Pp.9.

En la gingivitis no se afecta el resto del periodonto; por lo tanto, no encontramos profundidades de bolsa al sondaje mayores de 3 mm (a no ser que haya pseudobolsas), ni detectamos pérdida ósea radiológica. Las lesiones son reversibles con el tratamiento.

4.2. DIAGNÓSTICO DE LA PERIODONTITIS

La periodontitis es una lesión inflamatoria que afecta a todos los componentes del periodonto. El proceso destructivo da lugar a la migración apical del epitelio de inserción y a la afectación de los tejidos periodontales profundos : el cemento radicular queda expuesto y tanto el ligamento periodontal como el hueso alveolar que rodeaban a la superficie radicular expuesta se destruyen. La presencia de profundidad de sondaje superiores a 3 mm y de recesión gingival son las manifestaciones clínicas principales de la enfermedad que objetivan la llamada pérdida de inserción clínica (suma de la recesión gingival mas la profundidad de bolsa al sondaje). Por otro lado la pérdida de soporte óseo se puede intuir mediante la exploración clínica, pero se detecta de forma objetiva mediante una radiografía que nos permita analizar la llamada pérdida ósea radiológica.

En el diagnóstico de la periodontitis hemos de considerar tres aspectos: Los motivos de consulta, los cambios inflamatorios de la encía y los signos de destrucción periodontal.³¹

5. PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Una vez realizado un correcto diagnóstico del caso, se pasará a realizar su pronóstico. La emisión del pronóstico preoperatorio es un ejercicio subjetivo en el que se integran todos los datos obtenidos durante el diagnóstico. Existe una serie de parámetros que modifican el pronóstico individual de cada diente.

³¹ SOCIEDAD ESPAÑOLA de periodoncia y osteointegración. Ob. cit. Pp.10.

El objetivo del tratamiento periodontal es el de aplicar una serie de medidas terapéuticas que nos ayuden a modificar (mejorar) el pronóstico de cada diente y el caso en general.³²

De forma sistemática se debe emitir un pronóstico individualizado diente por diente y anotarlo en una tabla registro de pronóstico. Los dientes se clasifican por categorías en dientes con un:

- Pronóstico seguro: Pérdida ósea menor de un tercio del soporte
- Pronóstico cuestionable: Presencia de lesión de furca y defectos óseos verticales.
- Pronóstico imposible o dientes intratables: Movilidad de grado III+ lesiones de furca de grado III + pérdida ósea radiológica que llega hasta el ápice del diente. Se considerarán asimismo de pronóstico imposible aquellos dientes con necesidades restaurativas inalcanzables (reabsorciones radiculares externas, tratamiento endodóntico irrealizable, caries subgingivales intratables, fracturas radiculares, etc.). Los dientes con pronóstico imposible deben extraerse como parte del tratamiento periodontal inicial.

El tratamiento periodontal sirve para actuar, fundamentalmente, sobre los dientes con pronóstico dudoso, puesto que los dientes con pronóstico imposible serán extraídos durante la fase de tratamiento inicial, y los dientes clasificados como seguros seguirán en esta categoría tras la conclusión del tratamiento.

Entre los factores que empeoran el pronóstico general del caso, se encuentran aquellos factores de riesgo que afectan a la respuesta inmunológica del paciente y alteran la capacidad de curación de los tejidos (neutropenia, diabetes, hábito de fumar), hasta el extremo de que pueden transformar un pronóstico seguro o excelente a largo plazo en otro malo o impredecible. Intentar eliminar estos factores de riesgo también forma parte importante del tratamiento integral del paciente, de

³² SOCIEDAD ESPAÑOLA de periodoncia y osteointegración. Ob. Cit. Pp.12

manera que la educación del paciente para que adopte buenos hábitos de vida debe ser incluido de forma explícita en el plan de tratamiento(recomendar el cese del hábito en el paciente fumador, sugerir la mejora del control glucémico en el paciente diabético, etcétera). ³³

6. ENFOQUE PREVENTIVO Y TERAPÉUTICO

Un primer aspecto de la prevención de la periodontitis consiste el tratamiento de la gingivitis, pues todas las periodontitis pasaron por un estadio previo de gingivitis.

En segundo lugar, va a ser importante diagnosticar precozmente la periodontitis, pues sabemos que la pérdida de soporte que ésta produce es irreversible. Por lo tanto, sondaremos rutinariamente a todos nuestros pacientes, aunque el aspecto de sus encías no nos haga sospechar ninguna patología, pues ya hemos comentado que la inspección visual puede ser insuficiente para diagnosticar muchos casos de periodontitis.

El objetivo principal del tratamiento periodontal es hacer que los dientes sean biológicamente aceptables para los tejidos periodontales que los rodean. Solo podemos mantener la salud periodontal si conseguimos mantener los dientes libres de irritantes superficiales y funcionales.

En el tratamiento de la enfermedad hay que seguir una serie de fases:

1. Información/ motivación.
2. Fase higiénica.
3. Fase correctora.
4. Fase de mantenimiento.

1. Información/ motivación

El paciente debe conocer en primer lugar que al enfermedad periodontal es una enfermedad crónica, lo que obliga a un mantenimiento de por vida,

³³ SOCIEDAD ESPAÑOLA de periodoncia y osteointegración. Ob. cit. Pp.13.

que es infecciosa (producida por bacterias) y que evoluciona a brotes, alternando periodos de actividad con periodos de inactividad.

También es importante explicarle los signos y síntomas de la enfermedad (sangrado, recesiones, movilidad, etc) y es muy motivador mostrárselos en su propia boca.

El paciente también debe ser informado de que el éxito del tratamiento de su enfermedad se basa, en un porcentaje muy alto, en un adecuado control de la placa. Por esto debe conocer su papel en el control diario de la placa bacteriana y la importancia de ello en el tratamiento de la enfermedad periodontal a largo plazo.

Toda esta información se la damos al paciente motivándolo, esto es, tratando de persuadirlo de la necesidad de adquisición o modificación de unos hábitos de higiene oral para el mantenimiento de estado de salud periodontal conseguido tras el tratamiento.

También debe ser informado del grado de afectación, del tratamiento que ha de recibir y de los costes que se le va a suponer.

2. Fase higiénica (relacionada con la causa)

También es llamada fase básica o desinflamatoria, y la mayor parte de medidas empleadas en esta fase están dirigidas a la eliminación de depósitos microbianos y sus productos calcificados (cálculo) y a la prevención de la recidiva de estos mediante las instrucciones de higiene oral.

Comenzamos dando las instrucciones de la higiene oral, para lo que recurrimos a reveladores de placa de manera que paciente pueda reconocer la placa con claridad y, tras explicar las técnicas de higiene en un fantoma, hacemos al paciente una demostración en su propia boca.

Recomendamos al paciente el uso doméstico de revelador de placa antes de cepillarse hasta que consiga la suficiente habilidad en la eliminación de la placa.

A continuación explicamos la limpieza interproximal con seda dental y/o cepillos interproximales. No hay que olvidar insistir en la higiene de las zonas con prótesis fija.

Si el paciente tiene mucho cálculo supragingival le realizaremos un detartraje con ultrasonidos, de modo que en la próxima visita podremos trabajar mejor, pues habrá disminuido la inflamación.

Seguidamente realizaremos el raspado y alisado radicular. Por raspado radicular se entiende la eliminación de la placa y cálculo de la superficie del diente y, aunque no se especifica si se trata de cálculo supra subgingival o de ambos, cuando se utiliza este término nos estamos refiriendo por lo general principalmente a la eliminación del cálculo depositado sobre la superficie radicular. El raspado radicular se realiza habitualmente combinando la instrumentación sónica/ultrasónica con la instrumentación manual con curetas.³⁴

El alisado radicular se refiere a la eliminación del cemento de la raíz que está contaminado por toxinas y enzimas bacterianas, siendo también un objetivo del mismo conseguir una superficie radicular dura y lisa que permita a los tejidos blandos su re inserción. El alisado sólo se puede realizar con instrumentos manuales y siempre es necesario después de la instrumentación radicular con aparatos sónicos o ultrasónicos, pues éstos pueden rayar la superficie del cemento.

El curetaje se refiere al desbridamiento de la pared de tejido blando de la bolsa, del epitelio de unión y también del tejido conectivo subyacente.

En esta fase también eliminamos los factores adicionales de retención de placa como son los márgenes desbordantes de la obturaciones o coronas mal adaptadas.

³⁴ ENRILE DE ROJAS Francisco. Ob. cit. Pp. 30.

- Finalmente, realizamos tratamientos provisionales como:
- Extracción de dientes no mantenibles.
- Obturaciones provisionales.
- Pulpectomías /endodoncias.
- Prótesis provisionales

3. Fase correctora:

La realizamos entre tres y seis semanas tras la anterior y siempre que hayamos conseguido que el paciente mantenga un adecuado control de la placa. En esta fase lo primero que realizamos es una reevaluación clínica, volvemos a sondar al paciente pues después de la fase higiénica y, debido a la desaparición de la inflamación de la encía, la profundidad de sondaje puede disminuir notablemente, lo que puede cambiar nuestro plan de tratamiento.

En esta fase del tratamiento periodontal lo que tratamos de lograr es crear unas condiciones anatómicas y funcionales tales que permitan al paciente mantener la situación creada de forma estable en la fase higiénica, es decir, evitar la recidiva de inflamación y la posterior destrucción periodontal.

En este momento realizamos:

- Cirugía Periodontal; Debe limitarse a las áreas de la dentición donde las lesiones inflamatorias en bolsa de más de 4 mm de profundidad no pueden ser resueltas mediante raspado y alisado radicular.
- Tratamiento endodóncico y conservador.³⁵
- Restauraciones protésicas definitivas.
- Ajuste oclusal si fuera necesario.
- Tratamiento ortodóncico.

³⁵ ENRILE DE ROJAS Francisco. Ob. cit. Pp. 31.

4. Fase de mantenimiento

Del éxito de esta fase depende en gran medida el éxito a largo plazo del tratamiento de la enfermedad periodontal.

El mantenimiento debe individualizarse para cada paciente, pero en general incluye, cada 2-6 meses, las siguientes medidas:

- Exploración de la profundidad de sondaje comparándola con los valores previos. Así evaluamos si continúa la pérdida de inserción, lo que nos estaría indicando que la periodontitis sigue activa.
- Evaluación de la presencia de hemorragia al sondaje. Nos informa acerca de localizaciones que presentan actividad y que tendremos que volver a retratar.
- Evaluación del nivel del control de placa por parte del paciente. Test de placa y de cálculo.
- Remotivación del paciente en las técnicas de higiene oral.
- Eliminación de placa, cálculo, y tinciones.
- Raspado y alisado radicular de las localizaciones con actividad, esto es, aquellas localizaciones que hayan presentado sangrado al sondaje o hayan aumentado su profundidad de sondaje. ³⁶

- **PREVENCIÓN**

Según define la OMS, la prevención abarca las medidas encaminadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su progresión y a reducir sus consecuencias. Su definición está basada en el concepto de “ historia natural de la enfermedad”; cada enfermedad tiene una evolución espontánea (sin la intervención de tratamiento) que parte del estado de salud inicial, pasa por un **periodo prepatogénico**, donde actúan los factores que favorecen y determinan el desarrollo de la enfermedad (factores de riesgo), y concluye con un **periodo patogénico** donde, después de una fase sin manifestaciones

³⁶ ENRILE DE ROJAS Francisco. Ob. cit. Pp. 32.

clínicas, aparecen los signos y síntomas de la enfermedad y, en definitiva, las consecuencias de la enfermedad (incapacidad o muerte).³⁷

Debemos tener presente que la prevención no dependerá sólo del control de PB, sino también del control de los factores de riesgo asociado que condicionan la aparición y el desarrollo de la patología y alteran la susceptibilidad del individuo a enfermar.

El control de la PB supragingival es la base para la salud periodontal y la mejoría del estado clínico del paciente con afectación periodontal.

El principal medio de control de PB supregingival es la acción mecánica del cepillo dental, aunque nos puede servir de ayuda el uso de agentes químicos.

La alteración diaria de la PB por encima del margen gingival es crítico para controlar el potencial de las bacterias de causar inflamación gingival.³⁸

- **Protocolo de higiene oral diaria para la prevención y el tratamiento de las enfermedades periodontales**

La remoción mecánica de la PB, realizada con minuciosidad cada 24 horas, es adecuada para prevenir el inicio de la gingivitis y la caries interproximal. En general se debe recomendarse cepillarse tres veces al día (una después de cada comida), de las cuales una se debe realizar de forma minuciosa, utilizando el tiempo necesario para asegurarse de que se elimina eficazmente la PB, tanto de las caras libres como de las zonas interproximales.

El cepillado dental, tal como se realiza habitualmente, no remueve la placa interproximal y, por lo tanto, la limpieza interdental es un requisito esencial en un adecuado programa de control de placa.

³⁷ ENRILE DE ROJAS Francisco. ob. cit. Pp.47.

³⁸ Ibid. Pp.49.

Para conseguir un efectivo control de placa por parte del paciente constituye un factor crítico la motivación

En individuos con antecedentes de enfermedad periodontal los procedimientos de higiene oral personal no son suficientes para el control de su patología y, por lo tanto, estos individuos necesitan una ayuda profesional.

Las medidas higienicas y los cuidados de apoyo al paciente deben individualizarse siempre y adaptarse a sus necesidades actualizadas. La instrucción básica en higiene oral debe dar paso a un programa de mantenimiento individualizado que comprometa al paciente a cumplir con su responsabilidad.³⁹

✓ **TECNICA DE CEPILLADO**

La técnica de Bass, con ciertas modificaciones, es generalmente considerada el método de preferencia, especialmente para la remoción de la placa a lo largo del margen gingival. La técnica de Bass llamada así por su creador se basa en la angulación de las cerdas de un cepillo de cerdas suaves, multipenacho que debe ser colocado en los espacios gingivales cerca al cuello de los mismos, generalmente en un ángulo de 45 grados en relación al largo del axis del diente.⁴⁰

Una presión ligera es aplicada, y las cerdas son introducidas en el surco crevicular y las regiones interproximales con un movimiento vibratorio circular. Esto le permite a las cerdas limpiar los espacios gingivales estrechos y hasta a algunas zonas ligeramente subgingivales. El área interdental es levemente alcanzada por estos movimientos siendo importante la longitud de la cabeza del cepillo de dientes.

³⁹ ENRILE DE ROJAS Francisco. Ob. Cit. Pp.50.

⁴⁰ ROJAS Valenzuela, Christian. *Remoción de Placa y Cálculo*. Pp. 25.

Los movimientos de traslado de la cabeza del cepillo son aplicados a fin de alcanzar todas las áreas de la dentición.

Una modificación puede ser aquella que involucra al paso adicional de barrido en las superficies oclusales por parte de las cerdas siguiendo el movimiento vibratorio. Esta acción asegura la limpieza completa de las superficies vestibulares y linguales.

Los movimientos hacia adelante y atrás en sentido horizontal se usan para pasar rozando la superficie oclusal.⁴¹

✓ **HILO DENTAL**

Es el mayor y en gran parte el más consistente y ampliamente recomendado elemento de ayuda en la limpieza interdental, los estudios muestran que solo cerca de 18 % de adultos utilizan el hilo dental regularmente.⁴²

▲ **TÉCNICA DEL USO DEL HILO DENTAL**

La limpieza con el hilo dental puede hacerse antes o después del uso del cepillo dental, esto en virtud a la preferencia del paciente.

Los pacientes están usualmente adiestrados para enrollar el hilo dental alrededor de uno o dos dedos en cada mano (usualmente los dedos medios)⁴³ sujetando el hilo dental entre los pulgares y los dedos índices, con una distancia de casi 10 cm entre ambas manos; esto para tener una mejor manipulación del hilo dental entre los dientes.

El hilo dental es introducido en el área de contacto, y se realiza movimientos oscilatorios de afuera hacia adentro con un movimiento suave de aserrado hasta llegar a la parte más

⁴¹ ROJAS Valenzuela, Christian. Ob. Cit. Pp.26.

⁴² Ibid. Pp. 32

⁴³ ROJAS Valenzuela, Christian. Ob. Cit. Pp. 36.

inferior del área de contacto. El hilo dental se lleva contra la superficie interproximal de un diente a fin de que contactar esa superficie tanto en su ángulo bucal hasta su ángulo lingual.

Como el hilo dental es continuamente aplicado en el área interproximal la superficie de contacto del hilo es removida de arriba hacia abajo, quitando o raspando la placa. La extensión del movimiento descendente de la seda dental es determinada por la resistencia del tejido gingival. Una vez que la resistencia es sentida.

La seda dental no debería ser forzada más allá en la hendidura o surco gingival. El hilo dental es luego pasado sobre las papilas para continuar con la limpieza en la superficie dental adyacente, y el movimiento de tracción repetido. La seda dental se encuentra algo distante de las superficies gingivales mientras está de regreso a través del área de contacto. Aunque el hilo dental ha mostrado ser relativamente un método efectivo en quitar placa interdental, es un procedimiento que requiere de mucha habilidad por parte del paciente. El ajuste y monitoreo cuidadoso de esta técnica es esencial para el uso efectivo a largo plazo del hilo dental.⁴⁴

7. MÉTODOS COADYUVANTES

Los agentes quimioterapéuticos pueden desempeñar una función importante como ayuda de los métodos mecánicos para la prevención y el tratamiento de las patologías periodontales y su facilidad de uso lo convierte en una alternativa muy atractiva para el paciente.

Las propiedades ideales de los enjuagues bucales deben ser:

- Rápidos y seguros.
- Capaces de matar las bacterias de la placa en áreas de difícil acceso.

⁴⁴ ROJAS Valenzuela, Christian. Ob. Cit.Pp.37

- De buen sabor.
- Económicos.
- Fáciles de usar y capaces de llegar al lugar de inicio de la enfermedad.
- Debería atravesar el biofilm bacteriano.⁴⁵

7.1. Clorhexidina

Agente antibacteriano con un claro efecto antiplaca, aunque por su mecanismo de acción no consigue eliminar la placa ya formada, con amplio espectro frente a microorganismos (gram- y gram+), hongos, dermatofitos y algunos virus.⁴⁶ A bajas concentraciones es bacteriostático (subletal), quedando su acción limitada a la fase 2 y permitiendo que la membrana bacteriana se recupere. A concentraciones mayores, la clorhexidina es bactericida al alcanzar la fase de coagulación del contenido citoplasmático bacteriano.

La molécula catiónica de la clorhexidina queda inactivada al reaccionar con los surfactantes aniónicos presentes en pastas de dientes y colutorios, por lo que su uso no debe ser simultáneo. Los enjuagues de clorhexidina no fomentan la aparición de resistencia antimicrobiana. Diferentes estudios controlados han demostrado que la clorhexidina es capaz de reducir de la placa y la gingivitis lo que, unido a su alta sustantividad se considera el gold standard de los antisépticos, presentando unos excelentes perfiles de seguridad, eficacia y tolerancia.

Administración: La presentación más común de la clorhexidina es en forma de colutorio, gel dentífrico, gel tópico y spray. Los colutorios se pueden usar realizando enjuagues o irrigándolos subgingivalmente por el profesional.

⁴⁵ ROJAS Valenzuela, Christian. Ob. Cit. Pp.106.

⁴⁶ ENRILE DE ROJAS Francisco. Ob. Cit. Pp.107.

7.2. Aceites esenciales

Listerine (alcohol de 26,9 %. pH 5.0) es un compuesto disponible sin receta que tiene alcohol y un contenido de aceites esenciales: Tymol, menthol, eucaliptol, y metylsalicilato.

Los estudios de corto plazo han reportado placa y reducciones de gingivitis promediando 35 % y los estudios de largo plazo han demostrado una reducción promedia de la placa de 25% y una reducción promedia de gingivitis de 29%. Listerine es un compuesto no dañino y tiene sustantividad baja. El mecanismo de acción de este agente parece ser la alteración de la pared de la célula bacteriana y el uso recomendado es dos veces diario. Los efectos adversos de este agente son una sensación de quemazón en la lengua y mucosa oral, y un sabor amargado. Los productos fenólicos están disponibles en cualquier farmacia y producen menos mancha que la clorhexidina.⁴⁷

⁴⁷ ROJAS Valenzuela, Christian. Ob.cit. Pp.121.

8. REVISION DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

8.1. ANTECEDENTES LOCALES

➤ Nivel de conocimiento de salud bucal según las características sociales de los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María - Arequipa – 2011

Realizado por: Fiorella Guevara Cáceres.

Llega a la siguiente conclusión:

- De la población estudio que atiende en la clínica, del grupo de 18 a 30 años tienen conocimientos aceptables en un 12.8%, conocimientos regulares en un 23.4% e insuficientes en un 12.8%. El grupo de 31 años a mas tienen conocimientos sobre salud bucal en un nivel aceptable de 10.6% regular 20.2% e insuficiente en un 20.2%.
- De la población de estudio de género femenino tienen conocimientos aceptables en un 12.76%, conocimientos regulares en un 24.47% e insuficientes en un 22.34%. El género masculino tiene conocimientos sobre salud bucal en un nivel aceptable de 10.64% regular 19.15% e insuficiente en un 10.64%.
- De la población de estudio que se atiende en la clínica con grado de instrucción primario tienen conocimientos aceptables en un 1.1%, conocimientos regulares en un 3.1% e insuficientes en un 16% ; el grupo de población con instrucción secundario tiene un nivel de conocimiento aceptable de 3.2% regular 16.0% e insuficiente en un 11.7%; y el grupo de instrucción superior un nivel aceptable de 19.1%, regular 24.5%, e insuficiente en un 5.3%, teniendo este último grupo un nivel de conocimiento mayor a la población que solo tiene grado de instrucción primario y secundario.

➤ **Correlación entre las medidas preventivas del cáncer oral y el nivel de conocimiento sobre las lesiones y estados precancerosos en pacientes que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María – Arequipa 2009.**

Realizado por: Jessica Fallón Fuentes Tejada

Llegan a la siguiente conclusión:

- Se observó una ausencia de medidas preventivas de un 39.68% en los pacientes de sexo femenino y de 38.96% en los de sexo masculino. Siendo más frecuente dicha ausencia en el rango de 40 a 49 años con el 10% y el rango de 50 a 59 años con 11.7% respectivamente.
- La falta de prevención se debió a la presencia de ciertos hábitos nocivos, donde los más comunes fueron fumar, tomar bebidas alcohólicas y el uso de prótesis mal adaptadas.
- Se encontró una ausencia de conocimiento de 50.34% en los pacientes de sexo femenino y de 55.06% en los del sexo masculino. Siendo el mayor déficit en el rango de 40 a 49 años con el 14.7% y en el rango de 50 a 59 años con el 16.6% respectivamente.
- El sexo femenino fue el más deficiente al presentar la mayor cantidad de ausencia de medidas preventivas y en cambio; el sexo masculino presentó un déficit mayor de ausencia de conocimiento de las lesiones.

➤ **Nivel de conocimiento en higiene bucal en púberes de 12 a 16 años con tratamiento ortodóntico que acuden a la Clínica Odontológica de la UCSM Arequipa – 2010.**

Realizado por: Silvia Pamela Salcedo Pezo

Llegan a la siguiente conclusión:

- Respecto al nivel de conocimiento sobre higiene bucal en todos los grupos etarios y en ambos sexos observamos que muestra que fue malo con un 57.8%, así mismo se observa que el 31.1% de ellos presenta un nivel de conocimiento regular y solo el 11.1% de ellos tienen un nivel de conocimiento bueno.
- Respecto al nivel de conocimiento sobre medidas preventivas encontramos que también fue malo con un 44.4% así mismo se observa que el 47.8% presentan un nivel de conocimiento regular y solo el 7.8% presenta un nivel de conocimiento bueno.

9. HIPÓTESIS

Dado que, los pacientes que asisten a la Clínica de la Especialidad de Periodoncia, acuden para realizarse un tratamiento específico, es probable que el nivel de conocimiento sobre la Enfermedad Periodontal de los pacientes que fueron atendidos en la clínica de la Especialidad de Periodoncia de la facultad de odontología de la “Universidad Católica de Santa María” sea mayor que el de Pregrado.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

I. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1. TÉCNICA

Se usó la técnica de la encuesta.

2. INSTRUMENTOS

2.1. Instrumentos de evaluación:

Ficha de Recolección: Cuestionario

2.2. Instrumentos mecánicos

- Computadora
- Impresora

3. MATERIALES

- 66 Fichas de recolección: Cuestionarios
- 01 folder
- Lapiceros

4. MÉTODOS

4.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó permiso al decano de la Facultad de Odontología de la “UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA” para la ejecución del proyecto de tesis en pacientes de la clínica de Pregrado y de Especialidad, además del permiso por parte del director de la Clínica Odontológica de la Universidad.

Luego de instalar y acondicionar el ambiente, materiales e instrumental necesario para realizar las evaluaciones respectivas, se procedió a realizar la encuesta en el horario de atención de la Clínica Odontológica.

A los pacientes que formaron parte del cuestionario, se anotó el género y el lugar donde fueron tratados.

Continuando con el cuestionario, se marcó con un aspa(X) la respuesta correcta.

El tiempo estipulado por realización del cuestionario a cada paciente es de 3 a 4 minutos aproximadamente.

II. CAMPO DE VERIFICACIÓN

1. **Ámbito de localización**

La investigación se realizó en la Clínica odontológica de la Universidad Católica de Santa María - Pregrado y Especialidad en el distrito de Umacollo.

2. **Unidades de estudio**

Está constituido por 2 grupos: 33 pacientes de la Clínica de Pregrado y 33 pacientes de la Clínica de Especialidad de la Facultad de Odontología de la “Universidad Católica de Santa María” Arequipa que equivalen al universo del total de estudio que reúnen los criterios de inclusión.

III. PROCEDIMIENTO

Se procedió a obtener el permiso del decano de la facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, después se invitó a los pacientes a formar parte de la investigación, de los cuales una cierta cantidad de pacientes accedió a formar parte de la investigación.

Posteriormente se inició la realización del cuestionario comenzando por el interrogatorio para obtener los datos generales del paciente y de importancia para el estudio: Género y el lugar donde fueron tratados, seguidamente marcando la respuesta correcta a cada pregunta planteada sobre el conocimiento de la enfermedad periodontal para obtener resultados y finalmente la interpretación.

IV. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION

1. Organización

1.1. Coordinación

- Autorización del Decano de la Facultad de Odontología de la UCSM
- Permiso del Director de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María
- Coordinación con los pacientes
- Preparación de los pacientes, informándoles del estudio a realizar
- Formalización de los grupos

a. Recursos humanos

Investigadora: Priscila Melissa Rodríguez Ortiz

Asesor: Dra. Patricia Valdivia Pinto

b. Recursos físicos

Representado por las disponibilidades ambientales e infraestructura de la Universidad católica de Santa María

c. Recursos institucionales

Universidad Católica de Santa María

Criterios de inclusión

- Ser paciente de la clínica odontológica de la “Universidad Católica de Santa María”. Arequipa
- Pacientes que estén recibiendo un tratamiento periodontal
- Estar completamente sano física y psíquicamente
- Pacientes que asistan regularmente a la Universidad Católica de Santa María
- Pacientes de ambos géneros
- Pacientes adultos en dientes permanentes

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseen colaborar
- Pacientes que no se encuentren al momento de la aplicación del instrumento.

d. Recursos financieros

Propios del investigador.

2. Preparación de las unidades de estudio

Se conformaron 2 grupos (pacientes de la clínica de Pregrado y pacientes de la clínica de Especialidad) según el género (masculino y femenino) para proceder a encuestarlos.

2.1. Organización

Después de haber sido aprobado el plan de tesis se realizó una prueba piloto con 3 pacientes de la clínica de Pregrado y 3 pacientes de la clínica de Especialidad de la “Universidad Católica de Santa María”. Arequipa que cumplieran con los criterios de inclusión, dando resultados óptimos para proceder a la investigación.

V. MANEJO DE DATOS

CUADRO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Variables	Indicadores	Escalas de medición	Análisis y medición
Nivel de Conocimiento sobre Enfermedad Periodontal.	Pacientes de la Clínica de Pregrado.	Definición (2p.) Insuficiente: 0-2 Adecuado: 3-4	U de Mann Whitney
		Etiología (3p.) Insuficiente: 0-3 Adecuado: 4-6	
		Diagnóstico (4p.) Insuficiente: 0-4 Adecuado: 5-8	
	Pacientes de la Clínica de Especialidad.	Tratamiento (4p.) Insuficiente: 0-4 Adecuado: 5-8	
		Global (13p.) Escala vigesimal ✓ Muy Bueno (20-18) ✓ Bueno (14-17) ✓ Regular (11-13) ✓ Deficiente (0-10)	

El procesamiento estadístico se llevó a cabo con la ayuda del paquete EPI-INFO versión 6.0



CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO

Sexo	Ámbito de Estudio				Total	
	Especialidad		Pregrado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	11	33.3	16	48.5	27	40.9
Femenino	22	66.7	17	51.5	39	59.1
Total	33	100.0	33	100.0	66	100.0

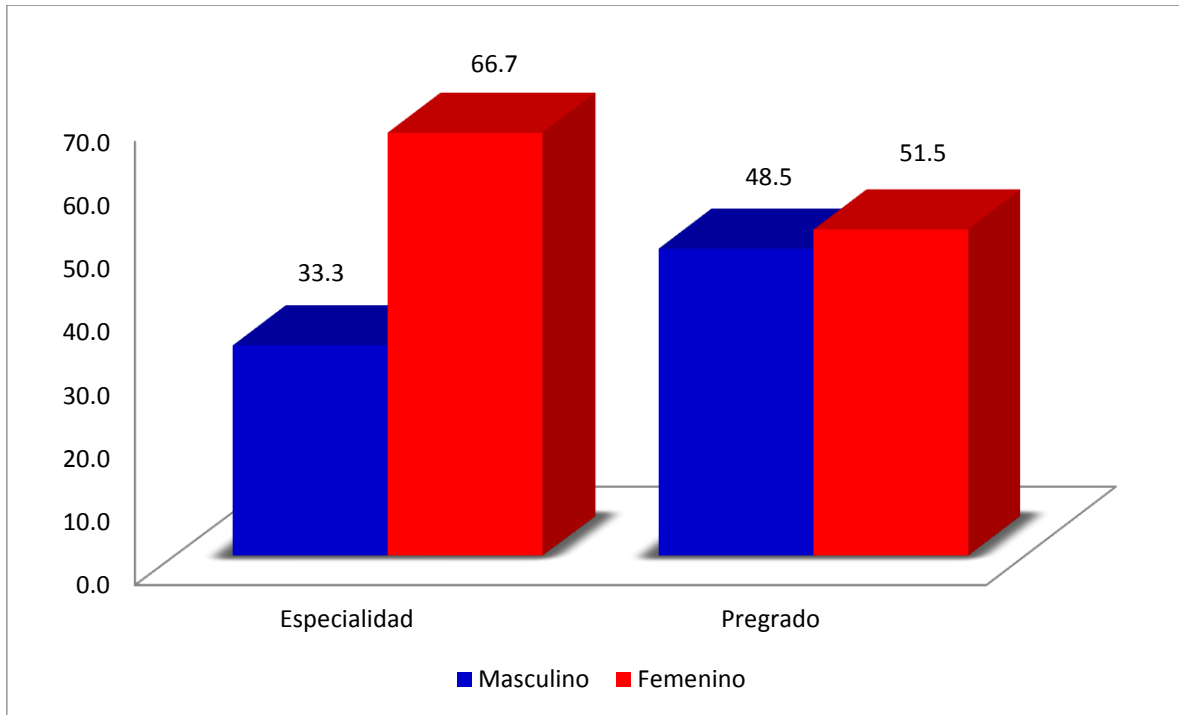
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1 podemos observar el sexo de los pacientes que acudieron a la clínica odontológica, tanto en la especialidad de periodoncia como en pregrado; evidenciándose que, en general la mayoría de pacientes (59.1%) corresponden al sexo femenino, en tanto el resto (40.9%) son del masculino. En relación a las dos clínicas analizadas, se observa la misma tendencia, es decir, para ambas son mayoría las mujeres (66.7% para la especialidad y 51.5% para el pregrado).

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN SEXO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES RESPECTO A SI RECIBIÓ INFORMACIÓN
SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL**

Recibió información sobre Enfermedad Periodontal	Ámbito de Estudio				Total	
	Especialidad		Pregrado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	27	81.8	22	66.7	49	74.2
No	6	18.2	11	33.3	17	25.8
Total	33	100.0	33	100.0	66	100.0

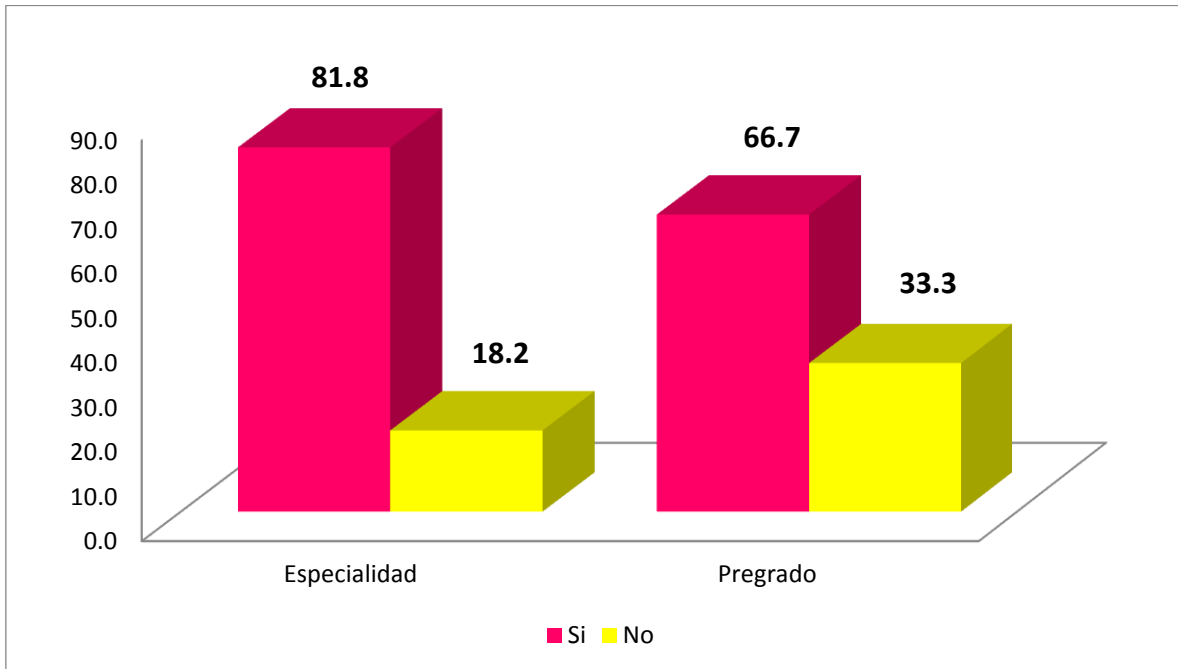
Fuente: Matriz de datos $P = 0.159$ ($P \geq 0.05$) N.S

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2 podemos apreciar si los pacientes motivo de investigación recibieron información respecto a la enfermedad periodontal, observándose que tanto en especialidad (81.8%) como en pregrado (66.7%) la mayoría de los pacientes recibieron información. Aparentemente, quienes recibieron en mayor porcentaje información fueron los que acudieron a la clínica de la especialidad, sin embargo las diferencias encontradas con los de pregrado no son significativas estadísticamente, por lo tanto, no hay diferencias entre ambas clínicas.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES RESPECTO A SI RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES RESPECTO AL LUGAR DONDE RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Dónde recibió información sobre Enfermedad Periodontal	Ámbito de Estudio				Total	
	Especialidad		Pregrado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Revistas	5	18.5	2	9.1	7	14.3
Hospital(es)	4	14.8	6	27.3	10	20.4
Pregrado	1	3.7	9	40.9	10	20.4
Especialidad	15	55.6	0	0.0	15	30.6
Familiares	2	7.4	5	22.7	7	14.3
Total	33	100.0	33	100.0	66	100.0

Fuente: Matriz de datos

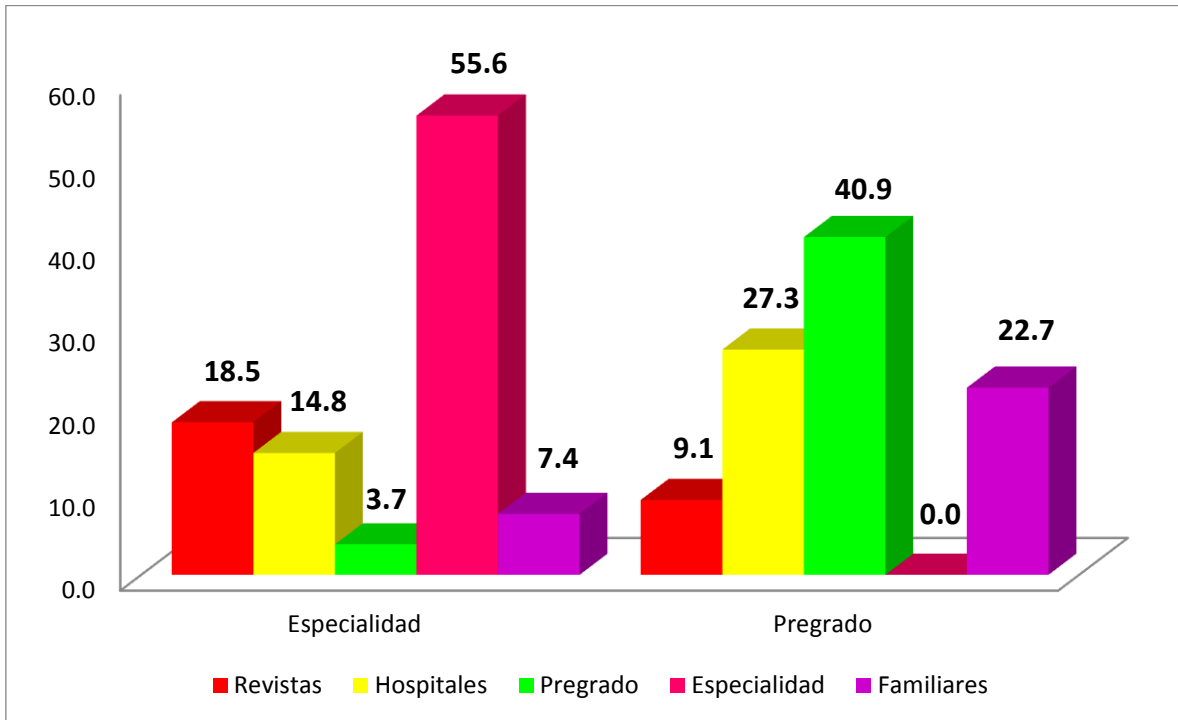
P = 0.000 (P < 0.05) S.S

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar el lugar dónde los pacientes recibieron información acerca de la enfermedad periodontal, evidenciándose en la clínica de la especialidad que la mayoría de pacientes (55.6%) recibieron la información de la misma clínica; en tanto los que acudieron a la clínica de pregrado, el mayor porcentaje de ellos (40.9%) recibieron la información de la misma clínica de pregrado. Estas diferencias son significativas estadísticamente, lo cual resulta evidente puesto que cada clínica se preocupó por brindar información de manera individual a sus pacientes.

GRÁFICO N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES RESPECTO AL LUGAR DONDE
RECIBIERON INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.

Nivel de Conocimiento: Definición Enfermedad Periodontal	Ámbito de Estudio				Total	
	Especialidad		Pregrado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Insuficiente	29	87.9	30	90.9	59	89.4
Adecuado	4	12.1	3	9.1	7	10.6
Total	33	100.0	33	100.0	66	100.0

Fuente: Matriz de datos P = 0.689 (P ≥ 0.05) N.S

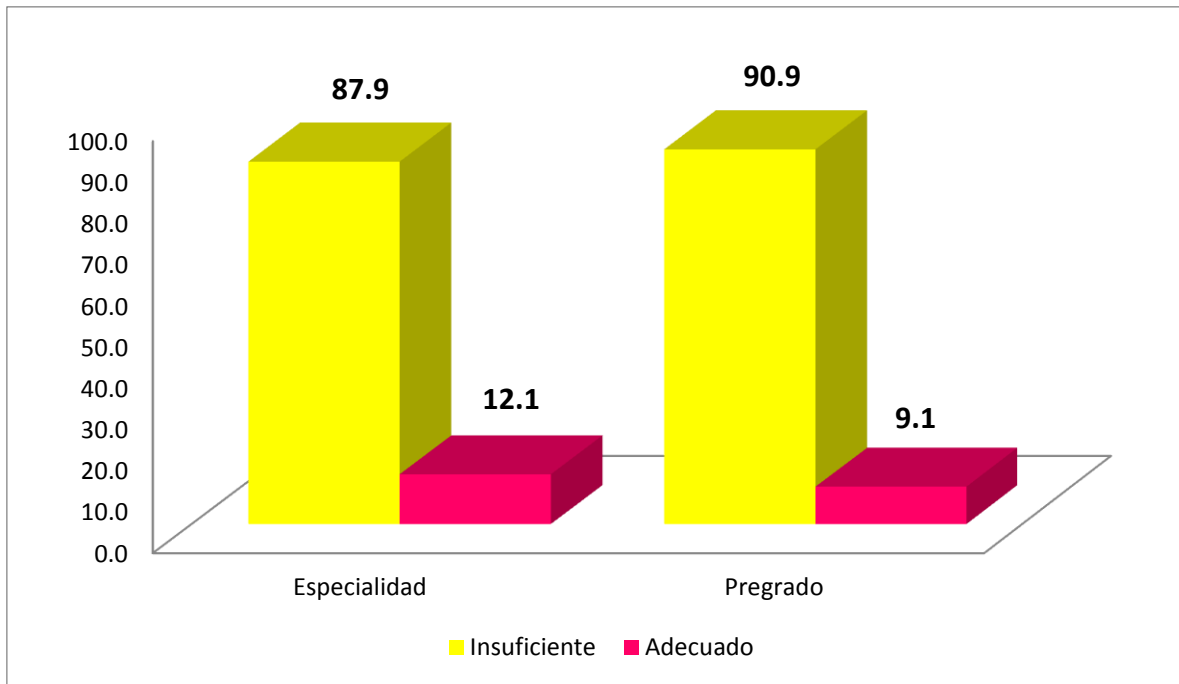
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°4 se observa el nivel de conocimiento sobre definición de la enfermedad periodontal entre pacientes de la clínica de Pregrado y de la Especialidad; apreciándose que tanto en la especialidad (87.9%) como en pregrado (90.9%) la mayoría de los pacientes tienen conocimientos insuficientes.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas entre ambas clínicas no son significativas, es decir, no hay relación entre ambas variables.

GRÁFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.

Nivel de Conocimiento: Etiología Enfermedad Periodontal	Ámbito de Estudio				Total	
	Especialidad		Pregrado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Insuficiente	1	3.0	21	63.6	22	33.3
Adecuado	32	97.0	12	36.4	44	66.7
Total	33	100.0	33	100.0	66	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.05) S.S

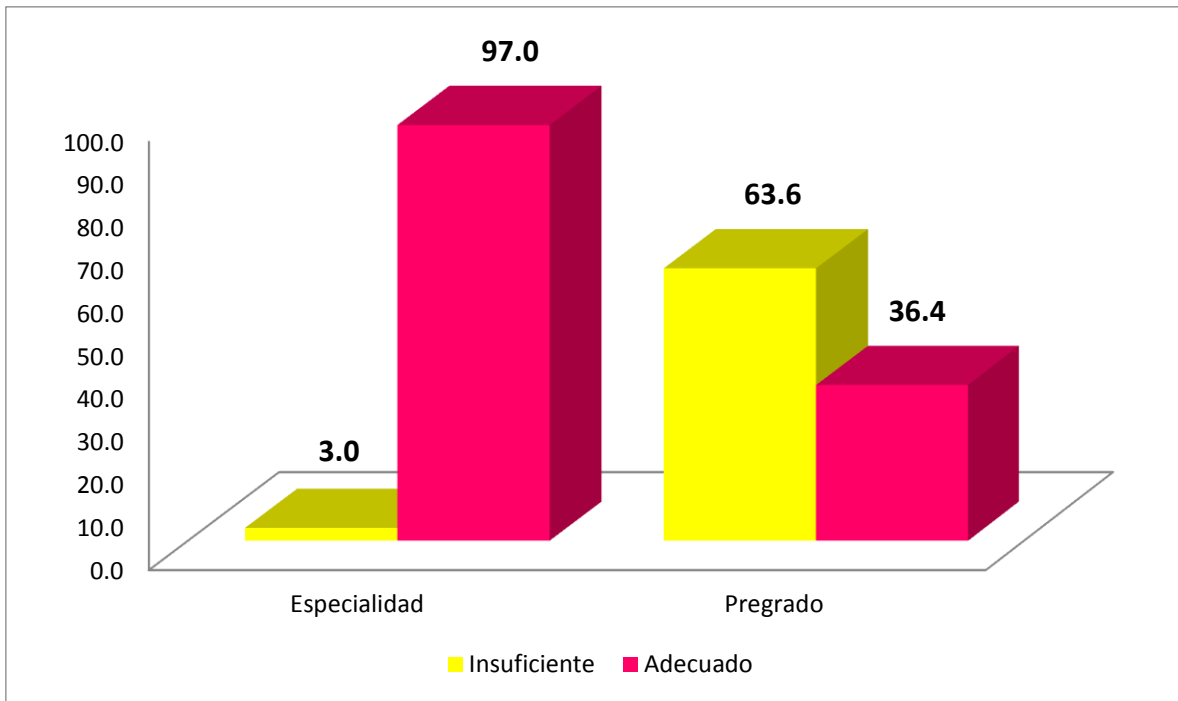
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N°5 se observa el nivel de conocimiento sobre etiología de la enfermedad periodontal entre pacientes de la clínica de Pregrado y de la Especialidad; apreciándose que en la especialidad, casi todos sus pacientes (97.0%) presentan conocimientos adecuados, mientras que en la clínica de pregrado la mayoría de ellos (63.6%) tienen conocimientos insuficientes.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas entre ambas clínicas son significativas, es decir, hay relación entre las variables, puesto que los pacientes de la especialidad tienen mejores conocimientos, respecto a la etiología de la enfermedad, que los de pregrado.

GRÁFICO N° 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.

Nivel de Conocimiento: Diagnóstico Enfermedad Periodontal	Ámbito de Estudio				Total	
	Especialidad		Pregrado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Insuficiente	9	27.3	22	66.7	31	47.0
Adecuado	24	72.7	11	33.3	35	53.0
Total	33	100.0	33	100.0	66	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.001$ ($P < 0.05$) S.S

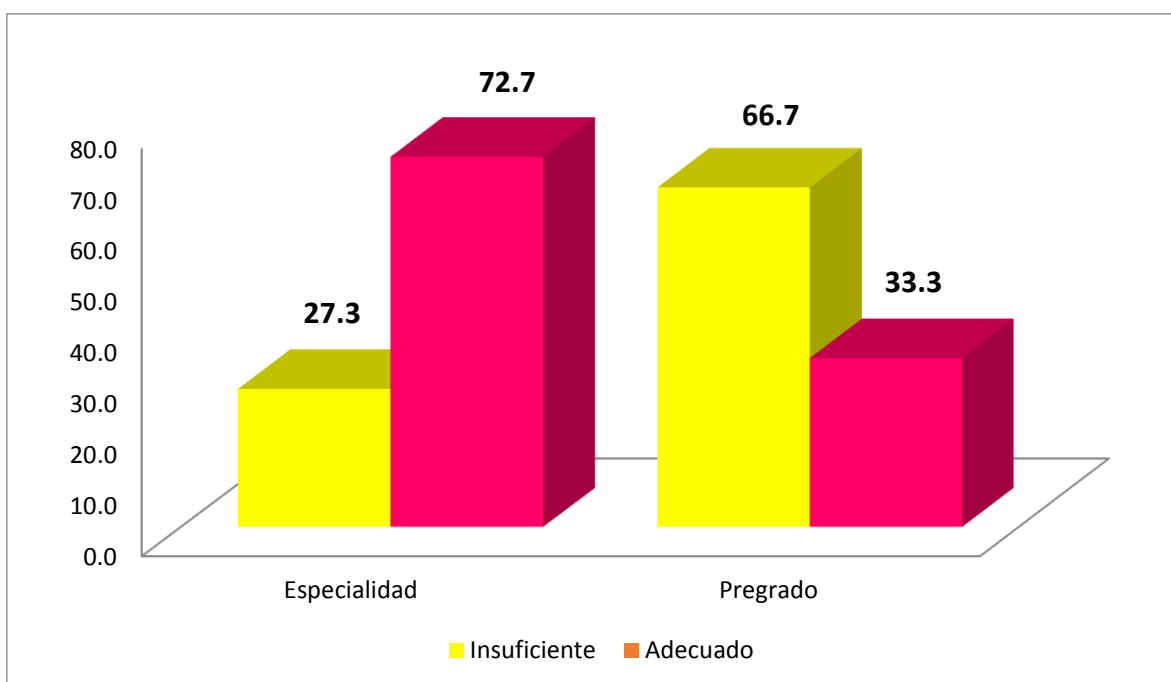
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 6 se observa el nivel de conocimiento sobre diagnóstico de la enfermedad periodontal entre pacientes de la clínica de Pregrado y de la Especialidad, se aprecia la relación entre el conocimiento sobre diagnóstico de la enfermedad periodontal con las clínicas motivo de investigación; apreciándose que en la especialidad, la gran mayoría de sus pacientes (72.7%) presentan conocimientos adecuados, mientras que en la clínica de pregrado la mayoría de ellos (66.7%) tienen conocimientos insuficientes.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas entre ambas clínicas son significativas, es decir, hay relación entre las variables, puesto que los pacientes de la especialidad tienen mejores conocimientos, respecto al diagnóstico de la enfermedad, que los de pregrado.

GRÁFICO N° 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.

Nivel de Conocimiento: Tratamiento Enfermedad Periodontal	Ámbito de Estudio				Total	
	Especialidad		Pregrado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Insuficiente	18	54.5	22	66.7	40	60.6
Adecuado	15	45.5	11	33.3	26	39.4
Total	33	100.0	33	100.0	66	100.0

Fuente: Matriz de datos $P = 0.314 (P \geq 0.05) N.S$

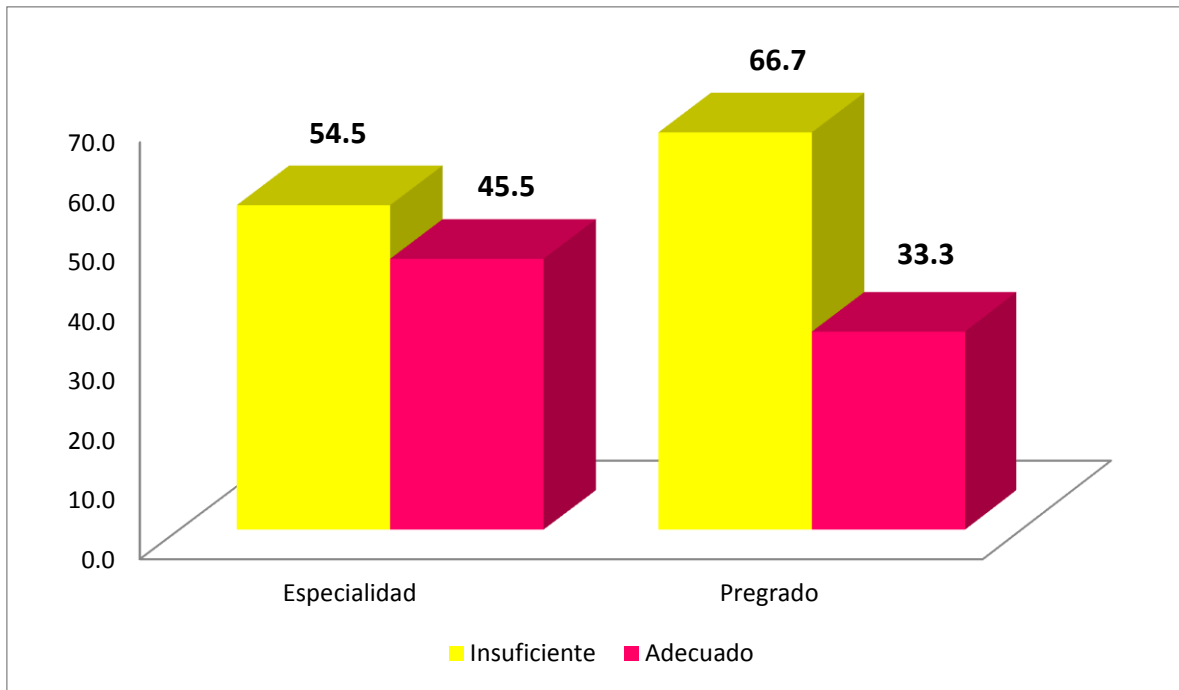
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 7 se observa el nivel de conocimiento sobre tratamiento de la enfermedad periodontal entre pacientes de la clínica de Pregrado y de la Especialidad; apreciándose que tanto en la especialidad (54.5%) como en pregrado (66.7%) la mayoría de los pacientes tienen conocimientos insuficientes.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas entre ambas clínicas no son significativas, es decir, no hay relación entre ambas variables.

GRÁFICO N° 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 8

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.

Nivel de Conocimiento: Enfermedad Periodontal	Ámbito de Estudio				Total	
	Especialidad		Pregrado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Deficiente	5	15.2	17	51.5	22	33.3
Regular	21	63.6	15	45.5	36	54.5
Bueno	6	18.2	1	3.0	7	10.6
Muy Bueno	1	3.0	0	0.0	1	1.5
Total	33	100.0	33	100.0	66	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.007 (P < 0.05) S.S

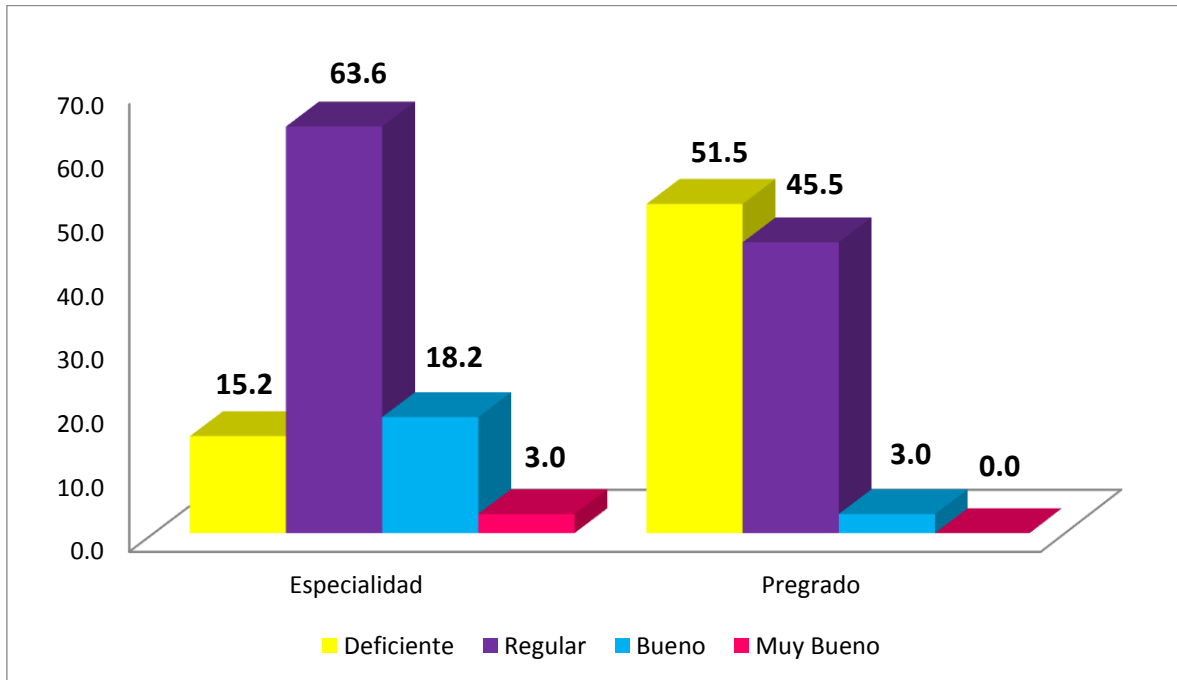
INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla observamos el nivel de conocimiento sobre Enfermedad Periodontal entre pacientes de la clínica de Especialidad y de Pregrado; apreciándose que en la especialidad, la mayoría de los pacientes (63.6%) fueron clasificados dentro de un nivel de conocimientos regular con tendencia a bueno; mientras que los pacientes que acudieron a la clínica de pregrado, la mayoría de ellos (51.5%) se ubicaron en un nivel de conocimiento deficiente.

Según la prueba estadística, las diferencias encontradas entre ambas clínicas son significativas, es decir, hay relación entre las variables, puesto que los pacientes de la especialidad tienen mejores conocimientos que los de pregrado.

GRÁFICO N° 8

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD PERIODONTAL ENTRE PACIENTES DE LA CLÍNICA DE PREGRADO Y DE ESPECIALIDAD.



Fuente: Matriz de datos

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado con el propósito de hacer una comparación del nivel de conocimiento de enfermedad periodontal entre pacientes de la Clínica de Pregrado y de Especialidad de la facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María.

Se estudió una muestra de 66 pacientes, de los cuales 33 pacientes fueron de la Clínica de Pregrado y 33 pacientes de Especialidad.

Para medir el grado de conocimiento se hizo uso de una encuesta la cual estaba conformada por 15 preguntas, 2 de las cuales fueron sobre generalidades, 2 sobre definición, 3 etiología, 4 sobre diagnóstico, y finalmente 4 sobre tratamiento.

Obteniendo los resultados después de haber sistematizado todas las encuestas se pudo apreciar que el nivel de conocimiento general de los pacientes de la Clínica de Pregrado es deficiente. Pacientes de la Clínica de Especialidad obtuvieron un nivel de conocimiento general regular.

Según la prueba estadística existe diferencia significativa respecto al conocimiento general entre pacientes de la Clínica de Pregrado y de Especialidad.

Se encontró que los resultados coinciden con la tesis presentada por Silvia Pamela Salcedo Pezo, quien determino que el grado de conocimiento sobre higiene bucal que tienen los alumnos de la Clínica Odontológica de la U.C.S.M. Arequipa 2010, que dio como resultados que los alumnos obtuvieron un nivel de conocimiento deficiente con un 57.8% y regular con un 31.1%,

CONCLUSIONES

Una vez terminado el presente trabajo de investigación y sometida la hipótesis a la comprobación se puede formular las siguientes conclusiones:

- Primera.-** El nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal de los pacientes de la clínica de Pregrado, poco más de la mitad de ellos (51.5%) tiene un nivel de conocimiento deficiente en cuanto a la enfermedad periodontal.
- Segunda.-** El nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal de los pacientes de la clínica de Especialidad más de la mitad de ellos (63.6%) tiene un nivel de conocimiento regular en cuanto a la enfermedad periodontal.
- Tercera.-** La mayoría de los pacientes de la Clínica de especialidad (63.6%), presentaron un mayor nivel de conocimiento sobre enfermedad periodontal en comparación con los de la Clínica de Pregrado. Estas diferencias son significativas estadísticamente.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

El director de la clínica invite a odontólogos para realizar un programa educativo promocional de salud oral a todos los pacientes de la clínica de la universidad católica de Santa María, para que éstos transmitan lo aprendido.

SEGUNDA

Diseñar y aplicar campañas de concientización dirigidas a los pacientes, alumnos, docentes, a fin de concientizarlos acerca de la enfermedad periodontal sus causas y efectos, para que sean prevenidas, detectadas y tratadas a tiempo.

TERCERA

Se sugiere que la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María asuma un rol preponderante en la capacitación del odontólogo en el aspecto de conocimiento sobre enfermedad periodontal, para que este preste más atención en aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y así mejorar nuestro trabajo y tener una mejor calidad de profesionales que aporte a la salud.

CUARTA

Seguir haciendo continuamente estudios de investigación que nos pueda ilustrar el nivel de conocimiento de los pacientes de la clínica odontológica de la universidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ARBONIES, Ángel. Conocimiento para innovar (2006) 2da ed. Editorial Díaz de Santos. Madrid.
- ARRIETA de Guzmán, Teresa. Teoría del Conocimiento. (2008). Universidad Católica de Santa María. Arequipa.
- EYSSAUTIER De la Mora, Maurice. Metodología de la investigación Desarrollo de la Inteligencia. (2006) 5ta ed. Editorial International Thomson. México
- ENRILE De Rojas, Francisco. Manual de Higiene Bucal. (2009). Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
- MARTINEZ Ruiz, Héctor. Metodología de la investigación (2009). Editorial Cengage. México.
- NEWMAN Michael G. Carranza Periodontología clínica (2010) 10A Ed. Editorial Mc Graw Hill. México.
- NEWMAN Michael G. Carranza Periodontología clínica (2004) 9NA Ed. Editorial Mc Graw Hill. México.
- PIAGET, Jean. Biología y conocimiento. (1969). Siglo veintiuno Editores. Madrid.
- PRICHARD, Jhon F. Enfermedad Periodontal Avanzada Tratamiento Quirúrgico y Protésico. (1977). Editorial Labor. Barcelona.
- ROJAS Valenzuela, Christian. Remoción de la placa y cálculo. (2010). Universidad Católica de Santa María. Arequipa.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA de Periodoncia y Osteointegración. Manual sepa de periodoncia y terapéutica de implantes fundamentos y guía práctica. (2005). Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.



2da Parte: Definición

3. ¿Qué entiendes por Enfermedad Periodontal?
- a) Es una enfermedad de la caries.
 - b) Es una enfermedad de los dientes.
 - c) **Es una enfermedad que afecta las encías y las estructuras de soporte de los dientes.**
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Ninguna de las anteriores.
4. Respecto a la Gingivitis del embarazo (gingivitis de la gravidez)
- a) Es una enfermedad que afecta a las encías de todas las embarazadas.
 - b) Es una enfermedad en donde sangran las encías con facilidad.
 - c) Es una enfermedad en la que se presenta en ausencia de placa bacteriana.
 - d) Es una lesión indolora.
 - e) **Solo b y d.**

3era Parte: Etiología

5. ¿Qué factor está asociado a la enfermedad de las encías?
- a) Falta de higiene bucal.
 - b) Hábito de Fumar.
 - c) Mala técnica de cepillado.
 - d) Acumulación de sarro, residuos de alimentos.
 - e) **Todas las anteriores.**
6. ¿Cuál es la causa de la enfermedad de las encías?
- a) Falta de Ejercicio físico.
 - b) Falta de vitamina A.
 - c) **Falta de Higiene bucal.**
 - d) Falta de Proteínas.
 - e) Ninguna de las anteriores.
7. ¿Qué factores aumentan el riesgo de contraer la enfermedad de las encías?
- a) Comer muchas golosinas.
 - b) **Presentar una diabetes no controlada.**
 - c) Consumir gaseosa continuamente.
 - d) Ninguna de las anteriores
 - e) Todas las anteriores.

4ta parte: diagnóstico

8. ¿Es normal que los dientes se muevan en una persona mayor de 13 años?

- a) Sí.
- b) No.

9. ¿Cómo sé que tengo enfermedad en las encías?

- a) Sangran al cepillarse.
- b) Mal aliento continuo.
- c) Presento molestias (dolor).
- d) Están inflamadas.
- e) Todas son correctas.

10. ¿Cuál de estas puede ser una consecuencia de la enfermedad Periodontal?

- a) Destrucción del esmalte (capa externa) del diente.
- b) Fractura parcial del diente.
- c) Cambio de Tratamiento coloración del diente.
- d) Pérdida de Diente.
- e) Ninguna de las anteriores.

11. ¿Cómo se diagnostica la enfermedad de las encías?

- a) Prueba de sangre.
- b) Examen clínico del paciente.
- c) Prueba de Glucosa.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

5ta Parte: Tratamiento

12. ¿Con que frecuencia uno debe de ir al dentista para que le realicen una limpieza dental?

- a) Cuando presente molestias (dolor).
- b) Cada 5 meses.
- c) Cada 8 meses.
- d) Cada 12 meses.
- e) Cada 2 años.

13. Cuál de las siguientes alternativas considera que es la que realiza mejor higiene en su boca.

- a) Limpieza dental realizada por un profesional.
- b) Uso de enjuagatorios bucales.
- c) Uso de palillos de mondadientes.
- d) Buena técnica de cepillado
- e) Uso de pasta dental.

14. ¿Cuál es el tratamiento para la enfermedad de las encías?

- a) Ingesta de vitaminas.
- b) Enjuagatorios con bicarbonato de sodio.
- c) Buena higiene dental.
- d) Enjuagatorios de agua con sal.
- e) Todas las anteriores.

15. En el tratamiento de la Enfermedad periodontal cual es el orden adecuado de pasos a seguir.

- a) Eliminación de depósitos microbianos, realizar controles, diagnóstico de la enfermedad, dar información al paciente.
- b) Dar información sobre la enfermedad periodontal, cirugía periodontal.
- c) Dar información sobre la enfermedad, realizar controles, diagnóstico de la enfermedad, eliminación de depósitos microbianos.
- d) Diagnóstico de la enfermedad, Dar información al paciente sobre la enfermedad, eliminación de depósitos microbianos, cirugía periodontal, realizar controles.
- e) Eliminación de depósitos microbianos y cirugía periodontal.

ANEXO 02:

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

No	SEXO		ÁMBITO	GENERALIDADES			DEFINICIÓN PUNTAJE	ETIOLOGIA PUNTAJE	DIAGNÓSTICO PUNTAJE	TRATAMIENTO PUNTAJE	PUNTAJE TOTAL
	Fem	Mas		1	2	3					
1	X		1	1	3	2	6	8	8	4	24
2	X		1	1	4	2	6	6	6	4	18
3		X	1	1	4	0	4	8	8	6	18
4		X	1	1	4	2	4	4	4	4	14
5	X		1	1	4	2	4	8	4	4	18
6		X	1	1	1	2	4	4	4	4	14
7	X		1	2	0	0	4	2	6	6	12
8		X	1	1	1	2	4	6	6	8	20
9	X		1	2	0	0	6	4	4	4	14
10	X		1	1	2	2	4	4	4	4	14
11	X		1	1	4	2	4	2	2	2	8
12	X		1	1	5	0	4	6	8	8	18
13	X		1	2	0	2	4	8	8	2	16
14	X		1	1	4	2	4	6	6	8	20
15	X		1	1	1	2	4	6	6	6	18
16	X		1	1	4	0	6	6	6	6	18
17	X		1	1	4	4	4	8	4	4	20
18		X	1	2	0	2	4	2	4	4	12
19		X	1	1	5	0	6	6	6	6	18
20	X		1	1	4	2	6	6	4	4	18
21	X		1	1	2	2	4	8	4	4	18
22	X		1	1	4	4	4	6	4	4	18
23		X	1	1	4	4	4	6	6	6	20
24		X	1	1	1	2	4	6	6	6	18
25	X		1	1	4	2	4	8	6	6	18
26	X		1	1	1	2	4	8	8	8	22
27	X		1	1	4	4	4	8	6	6	18
28		X	1	1	4	2	2	6	8	8	18
29		X	1	2	0	0	4	8	2	2	14
30	X		1	1	4	0	6	6	2	2	14
31	X		1	1	2	0	4	2	4	4	10
32		X	1	1	2	2	4	6	4	4	16
33	X		1	2	0	0	6	8	4	4	10

34			X	2	1	2	2	4	4	6	6	16
35	X			2	1	5	0	0	6	2	8	8
36	X			2	1	3	2	2	4	8	8	16
37		X		2	2	0	0	2	4	2	2	8
38		X		2	1	3	4	6	4	8	8	22
39	X			2	1	3	2	2	4	2	2	10
40		X		2	1	2	2	4	4	6	6	16
41		X		2	1	5	2	2	4	2	2	12
42	X			2	1	2	0	0	6	0	2	2
43		X	X	2	1	3	2	2	6	4	4	14
44	X			2	1	2	4	2	4	8	8	18
45	X			2	2	0	0	2	4	6	6	12
46	X			2	1	3	0	4	6	2	2	12
47	X			2	1	5	2	4	4	2	2	10
48		X		2	1	1	2	2	4	6	2	14
49		X	X	2	2	0	0	2	0	4	4	6
50	X			2	2	0	2	2	6	4	4	14
51	X			2	1	3	2	4	4	6	6	16
52		X	X	2	2	0	4	2	4	2	2	12
53			X	2	1	1	2	4	6	6	2	18
54	X			2	1	2	2	4	4	4	2	12
55	X		X	2	1	5	2	6	4	4	2	14
56	X			2	2	0	2	4	4	6	6	14
57	X			2	2	0	2	2	6	6	6	16
58		X		2	1	3	2	2	6	4	4	14
59			X	2	1	5	2	2	4	2	2	10
60	X			2	2	0	0	0	2	2	2	4
61	X			2	1	3	0	4	4	4	0	8
62	X			2	2	0	2	2	4	4	4	12
63	X		X	2	2	0	0	0	0	2	2	2
64	X			2	1	2	2	6	6	0	0	14
65		X	X	2	2	0	0	0	2	2	2	4
66		X		2	1	3	2	4	6	6	6	18