



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

“FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN  
PACIENTES ASA I DE 18 A 59 AÑOS DE LA CLÍNICA  
ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA,  
PERIODO 2014-2017”

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ODONTÓLOGO

**AUTORA:** Velásquez Ortega, Pamela Katherine

**DIRECTORA:** Andrea Paola Pérez Mora Od. Esp

CUENCA 2018

## DECLARACIÓN

Yo, Velásquez Ortega Pamela Katherine declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; que he consultado la totalidad de referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autor/a: Velásquez Ortega Pamela Katherine

CI: 0106506025

**CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de titulación denominado **FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES ASA I DE 18 A 59 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, PERIODO 2014-2017**, ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Universidad Académica de Salud y bienestar y dela Universidad, por lo que esta expedido para su presentación.

Cuenca, Agosto 2018

.....

Dr. Ebingen Villavicencio Caparó

**COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA**

**CERTIFICADO DEL TUTOR**

Od. Liliana Encalada Verdugo

**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION DE ODONTOLOGÍA:**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES ASA I DE 18 A 59 AÑOS DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, PERIODO 2014-2017**”, realizado por **PAMELA KATHERINE VELÁSQUEZ ORTEGA**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que esta expedido para su sustentación.

Cuenca, Agosto 2018

.....

Tutora: Od. Esp. Andrea Pérez

## **DEDICATORIA**

A Dios por bendecirme con vida, salud y poner en mi camino a personas que me han alentado cada momento de mi vida a seguir con mis metas.

A mis padres por su inmenso apoyo en todo momento de mi vida, ellos son mi inspiración para seguir adelante porque gracias a sus sabias palabras he podido superar dificultades y llegar a plasmar mi sueño de ser Odontóloga.

Los amo demasiado

## EPÍGRAFE

“El aprendizaje no se consigue por casualidad,  
se debe buscar por ardor y diligencia”

Abigail Adams

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mi tutora la Dra. Andrea Pérez, quien me ha brindado su apoyo y ayuda durante la realización de mi tesis.

Quiero agradecer a mis hermanos, familia y amigos que estuvieron apoyándome en todo momento de mi Carrera Universitaria.

## ÍNDICE GENERAL

<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>14</b>
INTRODUCCIÓN.....	15
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
2.- JUSTIFICACIÓN.....	16
3.- OBJETIVOS.....	18
3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	18
3.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
4.- MARCO TEÓRICO.....	19
4.1.- PERIODONTO.....	19
4.1A.- PERIODONTO DE PROTECCIÓN.....	19
4.1B.- PERIODONTO DE INSERCIÓN.....	20
4.1.2.- FUENTES PRINCIPALES DE FIBRAS COLÁGENAS.....	21
4.1.3.- TIPOS DE CEMENTO.....	21
4.1.4.- CONCEPTO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	21
4.1.5.- ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	22
4.1.6.- CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	22
4.1.6A.- GINGIVITIS.....	22
4.1.6A1.- ENFERMEDADES GINGIVALES INDUCIDAS POR PLACA.....	23
4.1.6B.- PERIODONTITIS.....	23
4.1.6B1.- TIPOS DE PERIODONTITIS.....	24
4.1.7.- FACTORES QUE FAVORECEN LA EVOLUCIÓN DE LA GINGIVITIS A PERIODONTITIS.....	25
4.1.8.- FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	25
4.1.9.-CLASIFICACION PACIENTE ASA.....	26
4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
5.- HIPOTESIS.....	32
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>33</b>
1.- MARCO METODOLÓGICO.....	34
2.- POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	34
2.1.A.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	34
2.1.B.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	34

3.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	35
4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.1.- INSTRUMENTOS DOCUMENTALES.....	35
4.2.- INSTRUMENTOS MECÁNICOS.....	35
4.3.- MATERIALES.....	36
4.4.- RECURSOS.....	36
4.4.1.- RECURSOS ECONÓMICOS.....	36
4.4.2.- RECURSOS INSTITUCIONALES.....	36
4.4.3.- RECURSOS HUMANO.....	36
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS.....	36
5.1.- UBICACIÓN ESPACIAL.....	36
5.2.- UBICACIÓN TEMPORAL.....	36
5.3.- PROCEDIMIENTO DE LA TOMA DE DATOS.....	36
5.3 A.- MÉTODO DE EXAMEN UTILIZADO POR LOS EXAMINADORES.....	36
5.3.B.- PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS.....	37
7.- ASPECTOS BIOETICOS.....	37
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>38</b>
1.- RESULTADOS.....	39
2.- DISCUSIÓN.....	44
3.- CONCLUSIONES.....	45
BIBIOGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	49

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>TABLA 1.</b> FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	41
<b>TABLA 2.</b> FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGÚN LA EDAD.....	42
<b>TABLA 3.</b> FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGÚN EL SEXO.....	43
<b>TABLA 4:</b> FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SEGÚN EL AÑO.....	44

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de la Enfermedad Periodontal en pacientes ASA I de 18-59 años en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, a través de la revisión de las fichas clínicas periodontales. **MATERIALES Y MÉTODO:** El estudio fue de enfoque cuantitativo descriptivo, de diseño descriptivo, el tipo de investigación fue documental, con técnica de observación y retrospectiva. Para la toma de datos se hizo una revisión de las fichas de periodoncia, luego se procedió al ingreso de datos en el programa Epi info, el mismo que evaluara la frecuencia de la enfermedad periodontal. **RESULTADOS:** El presente estudio fue realizado mediante la revisión de las fichas clínicas periodontales, en el grupo etáreo de 18 a 59 años de personas que acuden a la Universidad Católica de Cuenca, estos datos se pueden encontrar en el Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca. **CONCLUSIÓN:** La frecuencia de la Periodontitis es mayor a la presencia de Gingivitis, presentándose la primera en un porcentaje del 84% y la segunda con un porcentaje del 16%, la presencia de Gingivitis en el adulto joven es del 21% siendo mayor que en el adulto maduro con el 12%; la presencia de Periodontitis se da con mayor frecuencia en los adultos maduros con el 88% que en los adultos jóvenes con el valor del 79%, en el sexo Masculino se observó con mayor frecuencia la presencia de Gingivitis con un valor del 17% que en el sexo Femenino el cual represento el 16%, sin embargo la frecuencia de la Periodontitis es mayor en el sexo femenino con el 84% que el sexo masculino con el 83%, finalmente de acuerdo al año se pudo observar que en el 2015 hubo mayor prevalencia de Gingivitis con un valor del 36% y en el año 2016 hubo mayor prevalencia de Periodontitis con un valor del 92%.

**PALABRAS CLAVE:** Periodonto, surco gingival, gingivitis, periodontitis, ASA I

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the frequency of Periodontal disease in ASA I patients aged 18-59 years at the Dental Clinic of the Catholic University of Cuenca, through the review of periodontal clinical records. **MATERIALS AND METHOD:** The study was descriptive quantitative approach, descriptive design, the type of research was documentary, observation technique and retrospective. For data collection a review of the periodontal records was made, then the data entry was processed in the Epi Info program, which evaluates the frequency of periodontal disease. **RESULTS:** The present study was conducted by reviewing the periodontal clinical records, in the group of 18 to 59 years of people who attend the Catholic University of Cuenca, these data can be found in the Research Department of the Dentistry Career of the Catholic University of Cuenca. **CONCLUSION:** The frequency of periodontitis is greater than the presence of Gingivitis, with the first occurring in a percentage of 84% and the second with a percentage of 16%, the presence of Gingivitis in the young adult of 21% being higher than in the mature adult with 12%; the presence of Periodontitis occurs with greater frequency in mature adults with 88% than in young adults with the value of 79%, in the Male sex with the highest frequency the presence of Gingivitis with a value of 17% than in Female sex which represents 16%, however the frequency of periodontitis is higher in the female sex with 84% than the male sex with 83%, finally according to the year that could have seen in the 2015 prevalence of Gingivitis with a value of 36% and in 2016 there was a higher prevalence of Periodontitis with a value of 92%.

**KEY WORDS:** Periodontum, gingival sulcus, gingivitis, periodontitis, ASA

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO TEORICO**

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una patología infecciosa-inflamatoria, es la combinación de distintas etiologías que se encuentran relacionada con la encía.<sup>1</sup>La infección inicia cuando cierto tipo de microorganismos patógenos ocupan los tejidos del cuerpo causando daños, los microorganismos se localizan en la bolsa periodontal.

Las investigaciones realizadas por la OMS reportan una alta incidencia de la enfermedad periodontal con un porcentaje del 62.4%, convirtiéndose en la segunda patología más frecuente en las personas dentro de los Problemas de Salud Pública. Se ve incidida por una falta de higiene bucal, incorrecta técnica de cepillado, falta de estimulación higiénica en el paciente, por apiñamientos dentarios, etc.

La gingivitis se puede presentar en un 50% en personas mayores de 19 años, este porcentaje va disminuyendo de acuerdo a la edad; en personas de 19 y 44 años se presenta en un porcentaje del 54%, el 44% se presenta en personas comprendidas en las edades de 45 y 64 años; la gingivitis inciden un 10% más en los hombres que las mujeres independientemente de la edad<sup>2</sup>.

Tomando el criterio de la Academia Americana de la Periodoncia (AAP) y el Control de las Enfermedades (CDC) en un estudio realizado en Colombia la prevalencia de periodontitis leve fue del 61,8%, periodontitis moderada del 43,6% y periodontitis severa del 10,62%<sup>3</sup>.

Cuando el paciente presenta más de 3 bolsas con una profundidad al sondaje mayor a 4mm se trata de una periodontitis crónica. La periodontitis es más significativa debido a que puede causar la pérdida de dientes; sin embargo toda periodontitis se presenta inicialmente como gingivitis y esta puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas<sup>2</sup>.

## **1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

El problema de investigación que se plantea en este trabajo de titulación está dirigido a responder la pregunta ¿Cuál es el tipo de enfermedad periodontal con mayor frecuencia que presenta un paciente ASA I de 18-59 años de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, periodo 2014-2017? La enfermedad periodontal es una patología que tiene una frecuencia del 62,4% manifestándose en ambos sexos, la gingivitis representa un 48,1% y según la OMS entre 5% y el 15% de la población adulta sufre periodontitis; la respuesta de huésped es un factor claro en la expresión clínica con un 20% de enfermedad periodontal atribuido a placa dentobacteriana<sup>4</sup>.

Es fundamental realizar un correcto diagnóstico y tener el conocimiento científico para diferenciar que tipo de enfermedad periodontal presenta el paciente.

## **2.- JUSTIFICACIÓN**

El presente tema de investigación está enfocado en determinar la frecuencia de la enfermedad periodontal en los pacientes de 18-59 años que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, ya que las enfermedades periodontales más frecuentes son la gingivitis, periodontitis o ambas.

La frecuencia de la enfermedad periodontal aumenta en forma directa con la edad, de acuerdo al National Health and Nutrition Examination Survey (NHES) a los 20 años el porcentaje era del 67%, a los 35 años del 70% y a los 50 años del 80%, entre los 18 y 74 años de edad, los hombres tenían casi 45% más enfermedad periodontal grave que las mujeres, aproximadamente a los 35 años los hombres entran en la fase inicial de enfermedad periodontal destructiva y las mujeres a las 45 años de edad <sup>5</sup>.

La enfermedad periodontal es una patología odontológica que tiene mucha incidencia en la sociedad, tiende a afectar considerablemente en la manera de hablar, masticar y relacionarse con su entorno y se puede prevenir si se aplican métodos eficaces. La gingivitis si es tratada a tiempo puede ser erradicada pero si no se controla puede progresar a periodontitis.

En cuanto a la relevancia humana está enfocada principalmente en pacientes con enfermedad periodontal. Para posteriormente realizar campañas de concientización sobre la salud bucal ayudando de esta manera a las personas a mejorar sus hábitos de higiene bucal y evitar la pérdida prematura de las piezas dentales.

La relevancia científica del proyecto ejecutado permitirá conocer la frecuencia de la enfermedad periodontal presente en pacientes ASA I que acuden a la clínica de la Universidad Católica mediante la revisión de las fichas clínicas periodontales, para luego realizar cuadros estadísticos que reflejen el porcentaje de pacientes que presentan la enfermedad ayudando a realizar futuras investigaciones a nivel local y nacional.

La relevancia social es amplia debido a que en nuestro medio, la mayor parte de pacientes desconocen sobre la enfermedad periodontal, siendo su salud bucal deficiente trayendo como consecuencia una serie de patologías en la cavidad oral, unos de los principales síntomas es la halitosis debido a la acumulación de placa bacteriana o calculo dental lo cual va a afectar directamente en la calidad de vida.

Este estudio tiene un nivel de originalidad nacional, debido a que no se cuenta con estudios recientes a cerca de enfermedad periodontal en pacientes ASA I de la clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca en personas de 18 a 59 años.

Para garantizar la viabilidad del estudio se han realizado coordinaciones con las autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la dirección y el departamento de investigación de la facultad de Odontología.

### **3.- OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General:**

- Determinar la frecuencia de la Enfermedad Periodontal en pacientes ASA I de 18-59 años en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, a través de la revisión de las fichas clínicas periodontales.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Conocer el porcentaje de personas con Enfermedad Periodontal en pacientes ASA I de 18-59 años en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca de acuerdo a la edad.
- Conocer el porcentaje de personas con Enfermedad Periodontal en pacientes ASA I de 18-59 años en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca de acuerdo al sexo.
- Determinar en qué año es más frecuente la Enfermedad Periodontal en pacientes ASA I de 18-59 años que acuden a la Universidad Católica de Cuenca.

#### 4.- MARCO TEÓRICO:

**4.1.- PERIODONTO:** Se denomina así a la unión de tejidos que constituyen el órgano de sostén y protección del elemento dentario, está compuesto por la encía que recubre el hueso alveolar y rodea el cuello de los dientes. Radiográficamente se aprecia como una línea densa radiopaca, siendo la primera estructura que pierde altura por reabsorción ósea en la enfermedad periodontal<sup>6</sup>.

**4.1a.- PERIODONTO DE PROTECCIÓN:** Aparece en el momento de la erupción dentaria, al romperse el epitelio del surco gingival, el epitelio interno y externo que da lugar al diente y la membrana basal de los ameloblastos, en la zona del cuello existe una unión con el esmalte, formándose una bolsa alrededor del mismo en la cual se reposan el resto de células ameloblásticas que van a ser posteriormente sustituidas por el epitelio de unión<sup>7</sup>.

Consta de 2 áreas: la encía que rodea al cuello dentario y la unión dentogingival que une la encía; las mismas que acogen al periodonto de inserción del medio séptico bucal a la pieza dentaria<sup>8</sup>.

**ENCÍA:** Es lisa y brillante de color rosa, la encía sana consta de tres áreas anatómicas:

- ✓ **ENCÍA MARGINAL O LIBRE:** No está ligada al diente, su anchura cérvico apical mide 1mm y constituye la pared blanda del surco gingival<sup>9</sup>. Se expande desde la cresta gingival hasta el surco gingival.
- ✓ **SURCO GINGIVAL:** Extensión de poca profundidad que se encuentra rodeando al diente, permite de forma muy ajustada la entrada de la sonda periodontal; su forma es la de una V, en condiciones normales tiene una profundidad al sondaje de 0 a 3 mm. Aquí se encuentra la placa bacteriana, la cual se endurece por la presencia de alimentos; trayendo como consecuencia un daño del epitelio por la acción de la masticación pudiendo terminar con la pérdida del diente, debido a esto se convierte en una zona crítica<sup>9</sup>.
- ✓ **SURCO CLINICO:** Es la distancia a la que una sonda puede entrar desde el margen gingival hasta los tejidos cercanos a la unión cemento esmalte; los valores van de 0,5 a 3mm<sup>9</sup>.
- ✓ **ENCÍA INSERTADA O ADHERIDA:** Es fuerte y flexible con una apariencia oscura y puntiforme. Se presenta de color rojizo y brillante, se continúa con la encía marginal. La presentación puntiforme se da por los fascículos de fibras

colágenas que ligan al periostio y al cemento de la raíz. Se extiende desde el surco gingival hasta la línea mucogingival. Tiene un ancho de 1,8 a 3,9 mm, aumenta con la extrusión dental y con la edad<sup>9</sup>.

- ✓ **ENCÍA O PAPILA INTERDENTAL:** Habita en los nichos gingivales entre las áreas de contacto interdentario y la parte superior de las crestas alveolares. Su forma es triangular, desde una perspectiva proximal puede asumir dos formas<sup>9</sup>.

**4.1.b.- PERIODONTO DE INSERCIÓN:** Constituye una unidad funcional que consta de: Cemento, ligamento periodontal, hueso alveolar. La articulación alveolodentaria está formada por fibras de colágeno que pertenecen al ligamento periodontal las cuales se incluyen con el cemento al hueso alveolar dándole fuerza durante la masticación, este tipo de articulación e va modificando con la edad debido a diferentes movimientos que produce la masticación<sup>7</sup>.

- ✓ **LIGAMENTO PERIODONTAL:** Es una delgada capa de tejido conectivo fibroso, con una consistencia de 0,10 y 0,38 mm, pero su ancho varía de un individuo a otro. Las fibras son de naturaleza colágena y actúa como una malla que amortiguan impactos, siendo su función de suma importancia para una correcta oclusión. Es un receptor sensorial que se encarga de sostener al diente en el alveolo y proporcionarle resistencia y soporte ante las fuerzas que se dan durante la masticación. A medida que la persona avanza en edad este ligamento va disminuyendo<sup>10-11</sup>.

Para que el ligamento periodontal pueda ofrecer una óptima resistencia a la compresión, la encía insertada debe estar sana. Este conjunto de fibras la constituyen las fibras gingivales, las fibras transeptales y las fibras crestodentales<sup>11</sup>.

- ✓ **CEMENTO RADICULAR:** Consiste de tejido mesenquimal calcificado y avascular, el mismo que va a constituir la cubierta exterior de la raíz anatómica. Se encuentran 2 clases de cemento: cemento acelular y cemento celular<sup>12</sup>.
- ✓ **HUESO ALVEOLAR:** Se desarrolla alrededor de cada folículo dental durante la ontogénesis, cuando se pierde el diente temporal el hueso alveolar se reabsorbe. El diente permanente se mueve hacia su lugar y desarrolla su propio hueso alveolar a partir de su propio folículo dental. A medida que se forma la raíz del diente y los tejidos circundantes se desarrollan y maduran, el hueso alveolar se fusiona con el hueso basal que se desarrolla de forma separada y los dos se convierten en una estructura continua. Deriva de la ectomensénquima de la creta neural<sup>12</sup> y da lugar a las apófisis alveolares

conocidas también como procesos alveolares y bordes alveolares, conforman los huesos maxilares superiores e inferiores<sup>10</sup>.

#### 4.1.2.- FUENTES PRINCIPALES DE FIBRAS COLÁGENAS:

- ✓ **Fibras de Sharpey:** Son la porción incluida de las fibras principales de ligamento periodontal, están formadas por fibroblastos, la mayoría se proyecta en ángulos rectos mientras que otras van en distintas direcciones y están compuestas por colágeno tipo I<sup>12</sup>. Reviste completamente al cuello hasta la mitad de la raíz. Su formación se da antes de que el diente alcance su primer contacto oclusal<sup>12-13</sup>.
- ✓ **Fibras que pertenecen a la matriz del cemento:** Son producidas por los cementoblastos.

#### 4.1.3- TIPOS DE CEMENTOS:

- ✓ **CEMENTO ACELULAR O PRIMARIO:** Es el primer cemento en formarse, su espesor oscila entre 30 y 230um, su número, tamaño y distribución aumentan de acuerdo a la función; cubre aproximadamente la mitad de la raíz, es acelular; su formación se da antes de que el diente alcance el plano oclusal<sup>12</sup>.

La distribución de proteoglicanos está estrechamente relacionada con los cementoblastos y cementocitos. Tiene un papel principal en el apoyo del diente. Las fibras de Sharpey están completamente calcificadas, contienen fibrillas intrínsecas de colágeno calcificadas y organizadas de manera irregular o paralelas a la superficie<sup>12</sup>.

- ✓ **CEMENTO CELULAR O SECUNDARIO:** Contiene células atrapadas en su matriz, su formación se da luego de que el diente llega al primer contacto oclusal y como respuesta a exigencias funcionales a lo largo de toda la vida, durante todo el periodo funcional del diente se deposita sobre el cemento acelular<sup>13</sup>. Las fibras de Sharpey ocupan una porción muy pequeña y pueden estar parcial o completamente calcificadas<sup>12</sup>.

El cemento celular y acelular se organizan en laminillas separadas por líneas incrementales paralelas al eje longitudinal de la raíz, estas líneas representan periodontos de reposo en la formación del cemento<sup>12</sup>.

**4.1.4.- CONCEPTO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL:** Es una patología infecciosa e inflamatoria por medio de la cual algunos microorganismos patógenos penetran en los tejidos del cuerpo trayendo como consecuencia daños reversibles o irreversibles de acuerdo a su agresividad. Es considerada dentro de las más comunes en las

personas, se encuentra en el segundo lugar debido a sus efectos y a su frecuencia. En la enfermedad periodontal los microorganismos se encuentran dentro de la bolsa periodontal, en estadios iniciales no existe dolor pero a medida que se va agravando el cuadro la persona va presentando molestias.

La persona que presenta enfermedad periodontal presenta los tejidos de soporte de los dientes afectados, al inicio de la enfermedad destaca un grupo de bacterias Gram Negativas y las bacterias anaerobias de la placa bacteriana formando la biopelícula dental.

La flora bucal normal está formada por patógenos periodontales exógenos que incluyen *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* (A.A) y el *Bacterioide Gingivalis* (B.G), ocupan la zona subgingival y llegan a invadir el tejido epitelial y los límites con el tejido conectivo, tienen capacidad leucotóxica pudiendo llegar a causar periodontitis y las *porphyromonas gingivalis* invaden el tejido epitelial llegando a generar enzimas proteolíticas; las cuales con sus toxinas pueden estimular una respuesta inflamatoria crónica y generar irritación del tejido conectivo periodontal <sup>14</sup>.

La infección periodontal puede presentar riesgos adicionales en pacientes susceptibles.

#### **4.1.5.- ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:**

Empieza al momento en el que las bacterias producen factores de virulencia y éstas entran en contacto con las células del epitelio del surco, especialmente con las células del epitelio de unión que producen citoquinas proinflamatorias y defensinas, estas últimas son péptidos antimicrobianos<sup>15</sup>.

#### **4.1.6.- CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:**

Se han clasificado de acuerdo a su frecuencia en:

##### **4.1.6a.- GINGIVITIS:**

Es un tipo de enfermedad periodontal que afecta generalmente a los adolescentes, se caracteriza por la colonización de bacterias en la cavidad oral formando placa bacteriana y sarro, debido a una falta de higiene bucal (no se lavan los dientes luego de las comidas principales) o incorrecta técnica de cepillado debido a que la placa dentobacteriana y la microbiota del surco gingival constituyen el factor de riesgo evolución y origen de la gingivitis crónica debido a que existe un contacto continuo con los microorganismos de la encía <sup>15</sup>.

Se pueden ver problemas de índole inflamatorio causando afecciones a los tejidos blandos que rodean a las piezas dentarias. La consistencia es blanda, tiene un color rojizo o rojo azulado, la forma de la encía es de un edema con pérdida de adaptación en borde afilado y sangra cuando se introduce la sonda, existe tumefacción y se forman bolsas. Es una enfermedad reversible que se puede curar con la correcta técnica de cepillado y con la visita frecuente al odontólogo<sup>15</sup>.

### **CARACTERÍSTICAS DE LA GINGIVITIS**

- Enrojecimiento
- Edema
- Sensibilidad
- Sangrado gingival

#### **4.1.6a1.- ENFERMEDADES GINGIVALES INDUCIDAS POR PLACA**

##### **GINGIVITIS ASOCIADA A FACTORES LOCALES:**

Existen factores locales y anatómicos que pueden favorecer el acúmulo de placa bacteriana y de este modo aumentar las posibilidades de desarrollar gingivitis, como se da en el caso de raíces fracturadas, ortodoncia fija, obturaciones desbordantes, etc, las situaciones mencionadas son impedimentos para que la persona lleve a cabo una correcta eliminación de la placa, ya que al momento de cepillarse encuentra impedimentos físicos que le imposibilitaran llevar a cabo una higiene adecuada. Al no ser eliminada la placa y si se mantiene por un tiempo prolongado en contacto con los tejidos, termina trayendo consigo la Gingivitis<sup>2</sup>.

##### **4.1.6b.- PERIODONTITIS:**

Es una afección irreversible y crónica, al inicio puede presentarse como gingivitis inicial pero con el paso del tiempo si no es tratada se da una recesión gingival y pérdida de inserción colágena, la pieza dental no tiene soporte óseo por lo que el diente se cae.

Los agentes patógenos específicos están en relación con las enfermedades periodontales, es muy significativa en el ámbito de la salud pública debido a que puede causar además de la pérdida de piezas dentales, pérdida de inserción colágena disfunción masticatoria y estado nutricional deficiente. Se inicia con la presencia inicial de una gingivitis, puede ser reversible con las medidas de prevención y tratamiento adecuadas<sup>16</sup>.

Se presenta con mayor frecuencia a partir de los 35 años de edad pero en ocasiones se presenta también en edades más tempranas a esta.

El control de la periodontitis refractoria y avanzada se logra mediante una profilaxis profesional, al combinar el desbridamiento mecánico con antibióticos. La terapia periodontal convencional consta de detartraje ultrasónico, raspado, alisado radicular y en ocasiones poco frecuentes se realizan cirugías periodontales con el propósito de limpiar bacterias, placa y sarro que se encuentran en las raíces de las piezas dentarias.

#### **PARÁMETROS CLÍNICOS PERIODONTALES:**

- Profundidad sondeable
- Nivel de inserción clínica
- Línea mucogingival
- Movilidad dental
- Pérdida ósea radiográfica

#### **DIAGNOSTICO:**

Al inicio se puede manifestar como una ligera inflamación gingival que viene acompañada con encías sangrantes al momento de lavarse los dientes, una ligera tumefacción y enrojecimiento de las encías. El paciente presenta mal aliento, dolor al masticar, dolor dental. Los mantenimientos periodontales se deben realizar por el profesional en periodoncia cada 3 o 4 meses<sup>16</sup>.

#### **4.1.6b1.- TIPOS DE PERIODONTITIS:**

##### **✓ PERIODONTITIS CRÓNICA:**

Epidemiológicamente resulta un hecho común, donde la edad no es un factor determinante. Es una enfermedad que se puede controlar pero no tiene cura. La falta de detección a tiempo de la enfermedad o el descuido por parte del paciente va a traer consigo una periodontitis crónica que va a ser percibida de manera fácil por el odontólogo, una vez detectada el paciente debe acudir a chequeos continuos cada 3 meses al consultorio dental <sup>17</sup>.

La periodontitis difiere en las personas adultas debido a que pueden avanzar o ser de avance lento o progresivo.

- Periodontitis crónica generalizada
- Periodontitis crónica localizada

### ✓ **PERIODONTITIS AGRESIVA:**

Es una forma de enfermedad periodontal poco frecuente, caracterizada por una rápida pérdida de inserción, antecedentes familiares, destrucción ósea, si es detectada a tiempo se puede prevenir la rápida pérdida de la pieza dental <sup>18</sup>.

La característica que permanece en los jóvenes es una evidente agresividad de la enfermedad debido a la temprana destrucción de los tejidos de soporte de los dientes. No está relacionada con la presencia de placa bacteriana <sup>17</sup>.

**a) PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA:** Es una enfermedad infecciosa, inflamatoria, de etiología multifactorial. Se asocia a la presencia de periodonto patógeno y a una respuesta alterada del hospedador<sup>19</sup>; existe una pérdida severa de inserción en un corto periodo de tiempo.

### **b) PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA:**

Se caracteriza por una destrucción agresiva de los tejidos periodontales; resultando difícil afirmar la rápida progresión cuando no se conoce el momento de su inicio <sup>17</sup>.

#### **4.1.7.- FACTORES QUE FAVORECEN LA EVOLUCIÓN DE LA GINGIVITIS A LA PERIODONTITIS**

Para que el tejido periodontal se destruya dependerá de factores como la dinámica existente entre la respuesta inmune inflamatoria del organismo y las interacciones entre el desafío microbiano, van a ser determinados por una gran cantidad de agentes de riesgo, se incluyen agentes sistémicos como:

- Sobrepeso
- Tabaco
- Bacterias con mayor capacidad patogénica
- Malos hábitos de higiene bucodental
- Consumo de alcohol
- Estrés
- Malas posiciones dentarias
- Medicamentos que producen un sobre crecimiento gingival <sup>20</sup>.

#### **4.1.8.- FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL:**

El estrés es un agente desencadenante para la progresión de la enfermedad periodontal. Existen 2 teorías según Papathanasiou:

- a) Del comportamiento:** Cuando las personas están bajo estrés emocional suelen dejar a un lado hábitos saludables y optan por alimentos que sean altos en azúcar, consumen cigarrillo, alcohol, trayendo como consecuencia el crecimiento bacteriano <sup>20</sup>.
- b) Teoría biológica:** Cuando el cuerpo está bajo estrés <sup>20</sup>.

#### 4.1.9.- CLASIFICACION PACIENTE ASA

Clasificación del estado físico de los pacientes según la Sociedad Americana de Anestesiología en adultos atendidos por Emergencias Odontológicas <sup>21</sup>:

ASA I	Saludable: Capaz de caminar al menos un tramo de escaleras sin angustia, excluye a pacientes muy jóvenes y pacientes de edad avanzada.
ASA II	Enfermedad sistémica leve: Obesidad, presión arterial controlada con medicamentos.
ASA III	Enfermedad sistémica grave que limita las actividades: Diabéticos tipo I controlados con insulina, paciente en quimioterapia. Se requiere cita médica.
ASA IV	Enfermedad sistémica grave que constituye una amenaza a la vida: Diabéticos no controlados, paciente con dolor del pecho o dificultad para respirar mientras están sentados.
ASA V	Paciente moribundo que no se espera que sobrevivirá sin una operación.
ASA VI	Paciente declarado con muerte cerebral, sus órganos serán donados.

Fuente: Sociedad Americana de Anestesiología

#### 4.2.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Doncel C; Vidal M; Valle M <sup>15</sup>, en el artículo de Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. El 45,6% de los examinados obtuvieron calificación regular en conocimientos sobre higiene bucal. En la eficiencia del cepillado, 127 examinados obtuvieron regular. El 82% estaba afectado, con predominio de la inflamación gingival moderada.

Días R; Guerrero D <sup>17</sup>, en el artículo Clasificación del estado físico de los pacientes según la Sociedad Americana de Anestesiología (SAA) en adultos atendidos por emergencia odontológica. Se incluyeron 102 historias clínicas de los pacientes atendidos por emergencia dental en la clínica periférica de Azcapotzalco. El 73,5% (n=75) de los pacientes fue sexo femenino. La edad promedio de la población en estudio fue de 41.4±14.2 años, con un intervalo de 18 a 72 años. La ocupación más frecuente correspondió a empleado con un 35%, seguido de ama de casa con un 34%, el resto se distribuyó en otras ocupaciones. La enfermedad más frecuente que presentaron los pacientes fueron alergias en un 40% y Diabetes Mellitus con un 14%; el principal motivo de consulta fue dolor dental o bucal con un 96%, seguido de presencia de procesos infecciosos con un 3.9%. Con respecto a la frecuencia por la clasificación ASA, el 665,7% de los pacientes se clasificaron como ASA I, el 26,5% se situaron en ASA II y el 7,8% fueron clasificados como ASA II.

Pérez L; Armas A; Fuentes E; Rosell F; Urrutia D <sup>4</sup>, en el artículo Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. El total de pacientes estudiados fue de 426 y la cantidad de enfermos de gingivitis 205 y de periodontitis 65. Solo 160 individuos estuvieron sanos. Las prevalencias puntuales para la gingivitis y periodontitis en los 366 enfermos y el porcentaje de pacientes sanos. Se detectó una prevalencia de la enfermedad periodontal de 62,4%. Para la gingivitis la estimación puntual de la tasa fue de 48,1% con un total de 205 pacientes afectados y en la periodontitis 14,3% padeciendo esta enfermedad 61 pacientes. Al realizar el test de comparación de proporciones para las muestras independientes se encontró una prevalencia superior para la gingivitis. Frecuencias absolutas y relativas porcentuales de la enfermedad periodontal según su intensidad. Tanto la gingivitis como la periodontitis se presentaron con mayor frecuencia en su forma leve, alcanzando el 71,4% del total de los pacientes enfermos. La forma avanzada de la enfermedad se observó en el 28,6% de los pacientes afectados. Sin embargo, no hubo diferencias

significativas para la gingivitis o la periodontitis en cuanto a la intensidad de la lesión. Prevalencia de la enfermedad periodontal según la edad y el sexo. Se observó un aumento de la enfermedad en el grupo de 15 a 24 años y en los de 40 a 59 años. Sin embargo, estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Resultados similares fueron obtenidos al realizar la comparación entre ambos sexos. Evaluación de la higiene bucal realizada a todos los enfermos de la muestra según el índice de higiene bucal revisado. Se puede observar que existió una relación muy significativa entre la práctica de higiene bucal inadecuada (regular y mala) y la enfermedad periodontal. El 95,1% de los enfermos tienen hábitos incorrectos de cepillado. Solo el 4,9% de ellos practicaban buena higiene. Frecuencias de salud periodontal y su relación con el nivel de conocimientos (inadecuados o adecuados) sobre la salud bucal que tenían todos los integrantes de la muestra. Se encontró un nivel de conocimiento inadecuado sobre la salud bucal en el 94,2% de los pacientes con enfermedad periodontal y una asociación altamente significativa entre estas dos variables.

Duque A<sup>3</sup>, en el artículo Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. Se han realizado consensos para unificar la definición de casos de la periodontitis, no siempre son utilizados en estudios de prevalencia de la enfermedad. Por tal razón la comparación entre los diferentes estudios es difícil. La evidencia sobre la prevalencia de periodontitis en Iberoamérica encontrada en Pubmed y otros buscadores es limitada. Solo en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España, República Dominicana y Guatemala fue posible encontrar información. Existen pocos estudios poblacionales y los criterios diagnósticos utilizados son heterogéneos. No fue posible hacer un metaanálisis. Estas dificultades no permiten una comparación exacta entre los países. Igualmente algunos estudios utilizan índices actualmente no reconocidos en consensos periodontales para determinar la verdadera prevalencia de enfermedades periodontales (Índice Periodontal Comunitario).

Maya J; Lopera N; Posada A; Agudelo A; Botero J<sup>22</sup>, en el artículo la Condición periodontal y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en pacientes adultos de una institución docencia- servicio. La frecuencia de periodontitis fue 67,2% (periodontitis severa 43, 2%) y en gingivitis fue 32,8%. En 155 casos hubo acuerdo entre las 2 clasificaciones cuando la periodontitis fue severa. La clasificación CDC-AAP produjo más casos de periodontitis moderada y solo 47 casos en concordancia con el sistema AAP. Los pacientes con periodontitis presentaron mayor sangrado al

sondaje, pérdida de inserción y bolsas periodontales ( $p < 0.001$ ). Los pacientes con periodontitis perdieron más dientes que pacientes con gingivitis. La periodontitis fue más frecuente en hombres que en mujeres ( $p = 0.025$ ). Los pacientes con periodontitis tuvieron un nivel educativo más bajo, enfermedades sistémicas, consumo de cigarrillo y alcohol y problemas de afiliación a la seguridad social.

Pulido M; González F; Rivas F<sup>8</sup>, en el artículo Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria Cartagena- Colombia<sup>22</sup>. El total de los pacientes presentó al menos un indicador de enfermedad, siendo más frecuente la presencia de cálculos con 45,1%. En cuanto al índice de higiene oral, el 77,7% de los participantes presentaron índices de placa bacteriana altos. Al análisis bivariado se presentó asociación con la higiene oral y el estrato socioeconómico.

Rojo N; Flores A; Arcos M<sup>23</sup>, en el artículo Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. El número de pacientes examinados para el estudio fue de 630, que representan aproximadamente el 2,8% de la población que acude a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM al año. **Prevalencia de periodontitis crónica:** Fue del 67,2%, el ISE fue de (2.29-55,70) es decir, la severidad o el promedio de pérdida de inserción por sujeto fue de 2,29mm y la extensión de la enfermedad, el porcentaje de sitios afectados por sujeto fue del 55,70%. Al realizar la correlación entre severidad y extensión se observa que existe una correlación positiva estadísticamente significativa entre la severidad de periodontitis y la extensión  $p < 0,0001$ , es decir que a mayor extensión de periodontitis mayor severidad. **Variables sociodemográficas:** Con respecto a las variables sociodemográficas de los sujetos en estudio se encontró que el promedio de edad fue de  $42.46 \pm 9.8$ , siendo el rango de 30 a 90 años. En la distribución de frecuencias por grupos de edad, el intervalo de 30-34 años presentó la mayor frecuencia (22%); en cuanto a la distribución por género, 394 sujetos (62,5%) fueron del género femenino y 236 sujetos (37,5%) del masculino, la distribución de frecuencias por género y grupos de edad, la mayor frecuencia tanto para el sexo masculino como para el femenino se encuentra en el intervalo de edad de los 30-34 años. La distribución de frecuencias por estado civil mostró que 401 sujetos (63,7%) de la población estudiada están casados. **Prevalencia de periodontitis crónica, grupos de edad y género:** En los sujetos sanos y enfermos de periodontitis por grupos de edad con una pérdida de inserción  $\geq 4$ mm, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa para la prevalencia al compararla por edad  $p < 0,0001$ ,

es decir la prevalencia de la periodontitis crónica se manifiesta más en los grupos de edad de 40-44 y 45-49 años, el número de sujetos sanos disminuye enormemente en los sujetos de 60-90 años. Con respecto a la prevalencia según el género, no hubo diferencias estadísticamente significativas  $p > 0,14$ ; la mayor frecuencia 45 (19,6%) la presentan los sujetos enfermos del intervalo de 40-44 años los cuales son del género femenino, mientras que la mayor frecuencia de sujetos enfermos del género masculino 30 (19,9%) estuvo en el intervalo de 30-34 años. **Severidad, extensión de periodontitis crónica, grupos de edad y sexo:** Existe una correlación positiva entre la severidad de la periodontitis y el incremento de la edad, en el porcentaje de extensión de periodontitis del adulto por grupos de edad al igual que con la severidad se observa que, a mayor edad mayor severidad y extensión de periodontitis. La severidad de periodontitis para el género masculino es de 2,43 mm y para el femenino es de 2,17 mm, es decir, que existe una diferencia estadísticamente significativa  $p < 0.03$ . Sin embargo al comparar la extensión por género no se encontraron diferencias estadísticamente significativas  $p > 0.192$ , ya que para los varones el porcentaje de extensión fue de 58,11% y para las mujeres fue de 54,15% de sitios afectados por periodontitis.

Lorenzo S; Piccardo V; Álvarez F; Massa F; Álvarez R <sup>24</sup>, en el artículo Enfermedad periodontal en la población joven y adulta Uruguay del Interior del país. Relevamiento Nacional 2010-2011. En cuanto a sexo 58,2% fueron mujeres (n=537) y 41,8% varones (n=385). El desbalance de la muestra, se ajustó mediante proceso de calibración por post-estratificación tal como aparece en el artículo antes mencionado: "Primer relevamiento nacional de salud bucal en población y adulta uruguaya. Aspectos metodológicos." Al comparar por grupos de edad, podemos observar que la distribución de las condiciones examinadas varía con la edad, entre ellas se destaca que en el grupo 15 a 24, el porcentaje de individuos sanos es diferente que en el resto de edades, cercano al 30%, casi el doble del existente en la población, en los individuos de 35 a 44, casi el 50% de los sextantes está excluido y la población de bolsas entre 4 y 6 mm es considerablemente mayor que en el grupo de los adultos mayores; estos últimos a su vez, tiene alta proporción de sextantes excluidos: 89,2%.

Castro Y; Grados S <sup>25</sup>, en el artículo Frecuencia e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. Del total de la muestra evaluada (318

sujetos), 300 (94,3%) evidenciaron por lo menos una recesión  $\geq 1$  mm en al menos un diente, en 18 sujetos (5,7%) no presentaron ninguna RG. El promedio de edad de los sujetos fue de  $42 \pm 16,5$ , el 47,2% fueron varones y el 52,8% fueron mujeres. Excluyendo las piezas dentarias ausentes en la muestra fueron evaluados 6,890 dientes; 3.808 (44,8%) evidenciaron al menos recesiones gingivales  $\geq 1$ mm, 2.064 (54,2%) al nivel de la mandíbula y el 1.744 (45,8%) al nivel del maxilar. En lo que respecta a los sujetos, la prevalencia de recesiones gingivales entre 1-2mm fueron las más encontradas (58%), siendo lo más prevalentes en el grupo de personas entre los 50-59 años de edad. La extensión de las recesiones gingivales abarco en un 78% a recesiones de 1-2 mm. La severidad promedio de las recesiones gingivales fue de  $3,86 \pm 0,45$  mm, siendo este valor progresivo en cuanto a los estratos por edad. El género femenino evidencio mayor prevalencia de recesiones gingivales (49,1% vs 45,3%). Una frecuencia de cepillado de 2 veces al día, no usar hilo dental y aquellos que realizan una técnica de cepillado en sentido vertical evidenciaron mayores tasas de recesiones gingivales (50.3%,72.2% y 35.2% respectivamente). Pacientes que no recibieron tratamiento periodontal u ortodóncico previo evidenciaron una mayor cantidad de recesiones gingivales. Se encontró asociación entre el género masculino y la severidad de las recesiones gingivales, siendo significativo para las recesiones de 3-4mm y  $\geq 5$  mm. El movimiento de cepillado circular y las recesiones de 3-4mm y  $\geq 5$ mm también encontraron asociaciones significativas. El tratamiento ortodóncico previo presento una asociación con las recesiones  $\geq 5$ mm.

Collins J; Arredondo A; Roa A; Valdez Y; León R; Blane V *Dentaid* <sup>26</sup>, en el artículo Research Center y la Universidad Católica de Santo Domingo Aunán esfuerzos para describir microbiota subgingival y genes de resistencia a la tetraciclina en pacientes de la Republica Dominicana. En pacientes sanos, *P. micra* y *P. intermedia* fueron los patógenos más y menos frecuentemente detectados, respectivamente *T. forsythia* y *F. corrodens* aparecieron en el 100% de los pacientes con gingivitis. El complejo rojo, *D. pneumosintes* y *E. chorrodens* fueron significativamente más frecuentes en los pacientes con Periodontitis crónica en comparación con los pacientes sanos. *F. nucleatum* y *T. denticola* se detectaron con mayor frecuencia en pacientes con Periodontitis agresiva. *Actinomyces comitans* fue la menos observada en todos los grupos. El genotipo fim A II fue el más prevalente en pacientes con periodontitis. Se detectaron siete genes de resistencia a la tetraciclina, tet (Q), tet (32) y tet (W) fueron las más prevalentes, tet (32) fue significativamente más frecuente en pacientes con PC que en pacientes sanos.

Botero J; Parra B; Contreras A <sup>27</sup>, en el artículo Citomegalovirus y microorganismos periodontopáticos subgingivales en periodontitis crónica y agresiva. No se observaron diferencias importantes entre las variables de los grupos estudiados. Sin embargo los sujetos del grupo PA fueron relativamente más jóvenes (24.8 años). Los pacientes con periodontitis presentaron parámetros clínicos (profundidad al sondaje (PD), pérdida de inserción clínica (CAL), sangrado al sondaje (BOP), índice de placa (PI)) aumentados en todos los casos en comparación con el grupo GS (sujetos periodontalmente sanos). El Índice de placa y en el sangrado al sondaje en sujetos con periodontitis crónica fue mayor que el grupo PA y GS. En contraste, los casos de PA presentaron mayor Profundidad al sondaje (7,1mm) y Pérdida de inserción clínica (7,5mm) en los sitios infectados que el grupo PC (43.2 años) y GS. Al analizar los parámetros clínicos de acuerdo a la detección de Citomegalovirus (HCMV), se observó que en sujetos con periodontitis positivos para HCMV presentan mayor profundidad al sondaje y pérdida de inserción clínica en los sitios infectados. Incluso sujetos periodontalmente sanos o con inflamación mínima, presentaron una tendencia a mayor profundidad al sondaje y pérdida de inserción en sitios infectados. De igual forma el sangrado al sondaje fue mayor en pacientes con periodontitis y positivos para HCMV en comparación con sujetos HCMV. La frecuencia de detección de HCMV estuvo alrededor del 60% en pacientes con periodontitis en comparación con sujetos sanos (4.1%). No se observaron diferencias entre los grupos PC y PA. Pacientes con periodontitis y HCMV, presentaron mayor cantidad de copias/  $\mu$ L que sujetos periodontalmente sanos. De forma similar, pacientes con periodontitis agresiva, presentaron menor cantidad de copias/  $\mu$ L que sujetos con periodontitis crónica pero en mayor cantidad que en sujetos sanos. La frecuencia de detección de *P. gingivalis*, *T. forsythia* fue mayor en sujetos HCMV del grupo GP (edad 40.1 años) y PC en comparación con sujetos HCMV.

## **5. HIPOTESIS:**

El presente estudio no precisó hipótesis debido a que es un estudio descriptivo.

**CAPITULO II**  
**PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1.- MARCO METODOLÓGICO

**Enfoque de la investigación:** El enfoque de la investigación es cuantitativo <sup>28</sup>.

**Diseño de la investigación:** Descriptivo <sup>29</sup>.

**Nivel de investigación:** Descriptivo <sup>29</sup>.

**Tipo de investigación:**

- **Por el ámbito:** Investigación documental
- **Por la técnica:** Observación
- **Por la temporalidad:** Estudio retrospectivo

## 2.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra de estudio estuvo constituida por “384” adultos jóvenes entre los 18 a 59 años de edad que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, con su respectiva ficha de diagnóstico, que correspondieron al total de fichas revisadas, considerando los rangos de edad, género y año lectivo <sup>30</sup>.

**2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:** Para la formalización de la población se tuvo en cuenta los siguientes criterios de selección:

**2.1.A.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Se incluyeron:

- Pacientes ASA I de la Clínica Integral de la Universidad Católica de Cuenca que sufran enfermedad periodontal mayores de 18 años hasta los 59 años de edad.

**2.1.B.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Se excluyeron del estudio:

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes mayor a 59 años
- Pacientes con enfermedades sistémicas

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Se revisaron 384 Fichas clínicas periodontales que fueron validadas en pacientes que acudieron a la Universidad Católica de Cuenca en el año 2014 al 2017 de 18 a 59 años.

Se calculó mediante la fórmula para la muestra de población finita con un nivel de confiabilidad del 95% y un error del 5% <sup>31</sup>.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \alpha \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 \alpha \cdot p \cdot a}$$

**N**=Total de la población 1915

**Z $\alpha$** = 1.96 al cuadrado (seguridad del 95%)

**p**= Proporción esperada

**q**= 1-p (1-0.05=0.95)

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones de la variable	Tipo estadístico	Escala	Dato
Enfermedad periodontal	Patología que afecta a los tejidos que soportan al diente	Periodontograma con los datos clínicos del paciente	Coloración de la encía Placa bacteriana Mala técnica de higiene	Cualitativo	Nominal	Gingivitis Periodontitis
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Años de vida registrados en el periodontograma		Cuantitativo	De razón	18-59 años
Sexo	Característica genotípica de la persona	Características externas que diferencian al hombre de la mujer		Cualitativo	Nominal	Femenino Masculino
Año	Periodo de 365 días, dividido en 12 meses	Empieza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre		Cuantitativo	De razón	2014 2015 2016 2017

#### 4.- INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

##### 4.1.- INSTRUMENTOS DOCUMENTALES:

Se usaron las fichas clínicas periodontales para ver el diagnóstico que responde con presencia o ausencia de la enfermedad. (Anexo 1,2,3,4)

##### 4.2.- INSTRUMENTOS MECÁNICOS:

Para la toma de datos se usará una computadora con el programa Epi info.

#### **4.3.- MATERIALES:**

Se usaran materiales de escritorio

#### **4.4.- RECURSOS:**

**4.4.1.- Recursos económicos:** Autofinanciados

**4.4.2.- Recursos institucionales:** Departamento de investigación de la Facultad de Odontología

**4.4.3.- Recursos humano:**

**A) Investigador principal:** Pamela Velásquez

**B) Tutora:** Dra. Andrea Pérez

**C) Asesor estadístico:** Dr. Ebingen Villavicencio

#### **5.- PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE DATOS:**

##### **5.1.- Ubicación espacial:**

La Universidad Católica de Cuenca y su Carrera de Odontología, se encuentra en la Avenida de las Américas y Humboldt; tiene una alta demanda de estudiantes encontrándose en segundo lugar a nivel del país. Consta de 2 clínicas odontológicas donde los estudiantes atienden a los pacientes bajo la vigilancia de un tutor.

##### **5.2.- Ubicación temporal:**

La investigación se realizara entre los meses de febrero, marzo y abril del año 2018, donde se recolectaran los datos requeridos de las fichas clínicas periodontales que reflejaran la Prevalencia de la Enfermedad Periodontal.

##### **5.3.- Procedimiento de la toma de datos:**

Para el registro de datos se tomara en cuenta las Fichas clínicas periodontales revisados de la Universidad Católica de Cuenca, que reposan en la oficina de estadística y en la bodega de la Universidad, luego las 360 fichas validadas fueron ingresadas al Programa Epi info.

##### **5.3 a.- Método de examen utilizado por los examinadores:**

Las fichas clínicas periodontales sobre la Frecuencia de la enfermedad periodontal serán revisados únicamente en personas entre 18 a 59 años de edad.

**5.3.b.- Procedimiento para el análisis de datos:**

Los datos obtenidos para este estudio fueron registrados en el programa Epi info 7 donde fueron sometidos a un control de calidad, se realizó la respectiva tabulación de datos para obtener los porcentajes y valores totales. (Anexo 5)

La prueba aplicada fue del Chi Cuadrado

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

**7.- Aspectos bioéticos:**

El presente estudio no implico conflictos bioéticos debido a que la información es recolectada por medio de las fichas clínicas periodontales de la Universidad Católica de Cuenca, cada historial clínico del paciente viene acompañado de consentimientos informados que da a conocer su autorización para que la información pueda ser tomada y realizar estudios científicos.

**CAPITULO III**  
**RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## **1. RESULTADOS**

El presente estudio fue realizado mediante la revisión de las fichas clínicas periodontales, en el grupo etáreo de 18 a 59 años de personas que acuden a la Universidad Católica de Cuenca, estos datos se pueden encontrar en el Departamento de Investigación de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca, mostrando los siguientes resultados.

**TABLA 1.** Frecuencia de la enfermedad periodontal

<b>ENFERMEDAD</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Gingivitis	63	16%
Periodontitis	321	84%
Total	384	100%

**Interpretación de resultados:** El total de la muestra de las fichas clínicas periodontales revisadas en pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca fueron de 384, se encontró que 63 pacientes presentaba Gingivitis y 321 pacientes presentaba Periodontitis.

**TABLA 2.** Frecuencia de la enfermedad periodontal según la edad

RANGO DE EDAD	GINGIVITIS		PERIODONTITIS		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
Adulto joven	38	21%	141	79%	179	47%
Adulto maduro	15	12%	180	88%	205	53%
Total	63	16%	321	84%	384	100%

P: 0,017

**Interpretación de resultados:** El estudio fue realizado en personas de 18 a 59 años, para la clasificación del rango de edad se tomó en cuenta la clasificación de la OMS donde el adulto joven va desde los 18 a 35 años de edad y el adulto maduro va desde los 36 a 59 años de edad. En 38 adultos jóvenes se vio la presencia de gingivitis y en 25 adultos maduros; por otro lado la frecuencia de la Periodontitis se vio en 141 adultos jóvenes y en 180 adultos maduros.

Se obtuvo un Chi cuadrado de 0.017 lo que significa que la edad tiene significancia con la enfermedad periodontal.

**TABLA 3.** Frecuencia de la enfermedad periodontal según el sexo

SEXO	GINGIVITIS		PERIODONTITIS		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	35	16%	186	84%	221	58%
Masculino	28	17%	135	83%	163	42%
Total	63	16%	321	84%	384	100%

P: 0,72

**Interpretación de resultados:** De las 384 fichas periodontales revisadas que conforman la muestra de este estudio, 221 corresponde al sexo femenino y 163 corresponden al sexo masculino. La Gingivitis según el sexo, deja ver que está presente en 35 pacientes mujeres y en 28 pacientes hombres, mientras que la frecuencia de la Periodontitis en se presentó en 186 mujeres y en 135 hombres.

Se obtuvo un Chi cuadrado de 0,72 lo que significa que el sexo no tiene significancia con la frecuencia de la enfermedad periodontal.

**TABLA 4:** Frecuencia de la enfermedad periodontal según el año

AÑO	GINGIVITIS		PERIODONTITIS		TOTAL GENERAL	
	n	%	n	%	n	%
2014	14	25%	41	75%	55	14%
2015	25	36%	45	64%	70	18%
2016	8	8%	97	92%	105	27%
2017	16	10%	138	90%	154	40%
Total	63	16%	321	84%	384	100%

P: 0,0000004

**Interpretación de resultados:**

Las fichas clínicas periodontales revisadas fueron del año 2014 al año 2017 donde se vio que la Gingivitis en el año 2014 se presentó en 14 personas, en el 2015 en 25, en el 2016 se presentó en 8 y en el 2017 se presentó en 16 personas; mientras que la Periodontitis en el año 2014 se presentó en 55 personas, en el 2015 en 70, en el 2016 en 105 y en el 2017 en 154 personas.

Se obtuvo un Chi cuadrado de 0,0000004 lo que significa que existe significancia de la enfermedad periodontal de acuerdo al año.

## 2. DISCUSIÓN

Según la OMS las enfermedades periodontales afectan a un 15-20% de los adultos de edad media <sup>30</sup>. Estudios realizados por del Valle Portilla describe en su literatura que la enfermedad periodontal afecta cerca del 70% de la población adulta de Chile <sup>32</sup>. Las enfermedades periodontales se encuentran dentro las molestias más frecuentes que presentan los adolescentes y los jóvenes. A nivel global la mayor parte de jóvenes presentan signos de gingivitis y en minoría se presenta periodontitis <sup>33</sup>.

En estudios realizados en América Latina teniendo como referencia Chile, se ve que la prevalencia de Gingivitis aumenta con la edad reportando datos según el Ministerio de Salud de Chile un porcentaje del 32.6% y del 45% en los niños que asisten a educación preescolar en la zona norte y centro del país de 2 y 4 años, respectivamente, aumentado la prevalencia al 55,1% y al 66,9%, a nivel nacional a la edad de 6 y 12 años, respectivamente.<sup>1</sup> Este dato coincide con los estudios realizados por Pérez L y cols. Donde la Gingivitis se presenta en un 48,1% <sup>34</sup>. Estos datos no coinciden con los resultados recopilados en este estudio realizado en la Universidad Católica debido a que aquí se presentó una frecuencia baja de Gingivitis, en un 16% de las personas que acudieron a la consulta odontológica; pero concuerdan con estudios realizados en la Universidad Central del Ecuador donde se observó que de 300 pacientes, 159 presentaron periodontitis, teniendo como muestra 3 clínicas: De la Universidad Central del Ecuador, Universidad Internacional del Ecuador y Clínica Veris, en las cuales la periodontitis tiene un 53% de prevalencia <sup>33</sup>, lo que significa la menor prevalencia de Gingivitis a comparación de Periodontitis.

En este estudio realizado la frecuencia de Periodontitis es del 84% de acuerdo a las fichas clínicas periodontales revisadas, este dato no coincide con los estudios realizados por Pérez L y cols. Donde la Periodontitis se presenta en un 14.3% <sup>34</sup>.

En la muestra total del estudio la frecuencia de Gingivitis en pacientes de 18 a 59 años es del 16% en el sexo femenino y el 17% en el sexo masculino, lo que se corrobora con el estudio realizado por Llerena y cols. Donde la Frecuencia de la Gingivitis en el sexo masculino es del 49.4% y en el sexo femenino es del 29,4% <sup>35</sup>. Lo que quiere decir que es más frecuente la Gingivitis en el sexo masculino que en el sexo femenino; y la frecuencia de Periodontitis en el sexo femenino fue del 84% y el sexo masculino el 83% lo que concuerda con el estudio realizado por Páez Y y cols. Donde se encontró que el 53,7% corresponde al sexo femenino y el 46,2% al sexo masculino <sup>36</sup>. Comprobándose que la Periodontitis es más frecuente en el sexo femenino.

### 3. CONCLUSIONES

- Se pudo observar en pacientes ASA I de 18 a 44 años que acudieron a la clínica odontológica de la Universidad Católica de Cuenca que la frecuencia de Periodontitis es mayor a la presencia de Gingivitis, presentándose la primera en un porcentaje del 84% y la segunda con un porcentaje del 16%
- La presencia de Gingivitis en el adulto joven es del 21% siendo mayor que en el adulto maduro con el 12%; pero la presencia de Periodontitis se da con mayor frecuencia en los adultos maduros con el 88% que en los adultos jóvenes con el valor del 79%.
- En el sexo Masculino se observó con mayor frecuencia la presencia de Gingivitis con un valor del 17% que en el sexo Femenino el cual represento el 16%, sin embargo la frecuencia de la Periodontitis es mayor en el sexo femenino con el 84% que el sexo masculino con el 83%.
- De acuerdo al año se pudo observar que en el 2015 hubo mayor prevalencia de Gingivitis con un valor del 36% y en el año 2016 hubo mayor prevalencia de Periodontitis con un valor del 92%.

**BIBLIOGRAFIA**


1. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: El desafío del nivel primario de atención en salud. 2016 Agosto; 9(2).
2. Matesanz P, Matos R, Bascones A. Enfermedades gingivales: Una revisión de la literatura. 2008 Enero; 11 (25)
3. Duque A. Prevalencia de periodontitis crónica en Iberoamérica. 2016 Agosto; 9 (2)
4. Pérez L, Armas A, Fuentes E, Rosell F, Urrutia E. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. 2011 Junio; 15(2)
5. Carranza F. y Newman M. Periodontología Clínica de Glickman, Séptima edición, Editorial Interamericana, Buenos Aires, 1993. Pág. 341.
6. Botero J, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. 2010 Julio; 3(2)
7. Gómez de Ferraris Campos Muñoz. Histología y embriología bucodental. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. 2002
8. Pulido M, González F, Rivas F. Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria. 2011 Septiembre; 13(5)
9. Salazar. Las encías- La anatomía de las encías. 2013 Noviembre.
10. Gómez M, Campos A. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. Editorial: Medica Panamericana. Tercera Edición. México. 2009
11. Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental. Editorial Médica Panamerica.2009
12. Newman, Takei, Klokkevold, Carranza. Periodontologia Clínica de Carranza. Onceava edición. Pág. 55,56
13. López J. Universidad de San Carlos - Periodonto normal.
14. Zamora A, Guerrero F, Torres J, Portilla L. Enfermedad periodontal. 2009 Septiembre; (4)
15. Doncel C, Vidal M, Valle M. Relación entre la higiene bucal y la gingivitis en jóvenes. 2011 Marzo; 40(1)
16. Carvajal P. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: El desafío del nivel primario de atención en salud. Revista clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2016 Agosto; 9(2)
17. Zerón A. Nueva clasificación de las enfermedades periodontales. 2001 Febrero; 58 (1)
18. Benza R, Pareja M. Diagnóstico y tratamiento de la periodontitis agresiva. 2017 Diciembre; 17(30)

19. Bueno R, Rodríguez S. Tratamiento interdisciplinario de periodontitis agresiva localizada: Reporte de un Caso. 2010 Agosto; 3(2)
20. Días A. Papel de la biopelícula dental en la enfermedad periodontal. Acta Odontológica Venezolana. 2012 Julio; 50(2)
21. Díaz R, Gutiérrez D. Clasificación del estado físico de los pacientes según la Sociedad Americana de Anestesiología en adultos atendidos por emergencia odontológica. 2014 Noviembre; 52(3)
22. Maya J. Sánchez N, Posada A, Agudelo A, Botero J. Condición periodontal y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en pacientes adultos de una institución docencia-servicio. 2017 Septiembre; 21 (3)
23. Rojo N, Flores A, Arcos M. Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. 2011 Marzo; 15(1)
24. Lorenzo S, Piccardo V, Álvarez F, Massa F, Álvarez R. Enfermedad Periodontal en la población joven y adulta uruguaya del Interior del país. Relevamiento Nacional 2010-2011. 2013 Junio; 15
25. Castro Y, Grados S. Frecuencias e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. 2017 Diciembre; 10(3)
26. Zabalegui I. Revista científica de la Sociedad Española de Periodoncia-Regeneración periodontal multidisciplinaria.2016; 2
27. Botero J, Parra B, Contreras A. Citomegalovirus y microorganismos periodontopáticos subgingivales en periodontitis crónica y agresiva. 2008 Junio; 12(2)
28. Villavicencio E, Cuenca K, Vélez E, Sayago J, Cabrera A. Pasos para la planificación de una investigación clínica. Odontología activa UCACUE, 2016 Enero; 1 (1)
29. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, Calderón M, Palacios D, Alvarado A. Diseños de estudios clínicos en odontología. Revista O Activa UC Cuenca, 2016; 1(2)
30. OMS. Salud bucodental. 2012 Abril. Nota informativa N°318
31. Villavicencio E, Alvear M, Cuenca K, y cols. El tamaño muestral para la tesis. ¿Cuántas personas debo encuestar? Revista O Activa UC Cuenca, pp 59-62, Junio 2017; 2(1)
32. Del Valle Portilla. Temas de Periodoncia I. Guantánamo: Editorial Pueblo y Educación; 1992. Martínez A. Llenera M. Peñaherrera M. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociado, 2017 Enero; 3(1)
33. Martínez A. Llenera M. Peñaherrera M. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociado, Vol. 3, núm. 1, enero 2017, pp. 99-108


34. Pérez L, Cándano A, Fuentes E, Rosell F, Urrutia D. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. 2011 Junio; 15(2)
35. Llerena V, Toledo C, Cabarrocas F, Barreto E, Gutiérrez I, Sasigaing A. La enfermedad periodontal inflamatoria crónica en jóvenes de la Provincia de Villa Clara. 2016; 10(3)
36. González Y, Tamayo B, Batista A, García Y, Guerrero I. Factores de riesgo de periodontopatías en pacientes adultos. 2015 Junio; 19(2)

## **ANEXOS**

Anexo 1. Ficha clínica periodontal año 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIA ODONTOLÓGICA



**HISTORIA CLÍNICA PERIODONTAL**  
 Nombre: Lejía Anacleto Espinoza Sexo Femenino Edad 48 años  
 Ocupación: Ama de casa Fecha ingreso 10 de julio del 2014  
 Primera vez Si Mantenimiento \_\_\_\_\_

**ESTADO SISTÉMICO ACTUAL**  
 Enfermedad Sistémica Actual No  
 Controlada No Medicación No  
 Requiere Interconsulta Médica No  
 Exámenes de Laboratorio No


**ADICCIONES**  
 DROGAS No TABACO Si Cuantos 10 Tiempo 20 años Alcohol No  
 Hábitos parafuncionales No  
 Estudio radiográfico solicitado No

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCIA**  
 COLOR Rosa pálido  
 CONSISTENCIA dura  
 CONTORNO irregular  
 Sangrado al Cepillado No Sangrado Espontáneo No  
 Exudado Hemorrágico No Exudado Purulento No  
 Movilidad No Hipersensibilidad Si

**FACTORES ETIOLÓGICOS**  
 Factores Locales Tabaco  
 Factores Sistémicos No

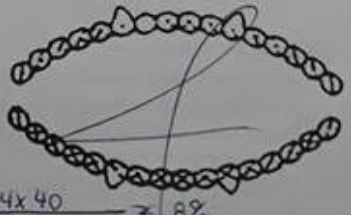
**FACTORES DE RIESGO**  
 EDAD  TABACO  HERENCIA   
 TABACO  ALCOHOL  ALCOHOL   
 FACTORES DENTARIOS  DROGAS  DROGAS   
 RELACIÓN PLACA RESPUESTA   
 COLABORACIÓN PACIENTE   
 ENFERMEDAD SISTÉMICA

**CONTROL DE PLACA BACTERIANA**  
 Fecha: 02/06/14



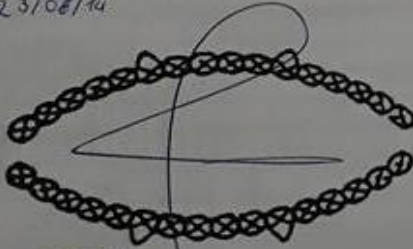
$\frac{23 \times 4 \times 49}{100} = 45.08\%$

**CONTROL DE PLACA BACTERIANA**  
 Fecha: 10/06/14




$\frac{23 \times 4 \times 40}{100} = 36.8\%$

**CONTROL DE PLACA BACTERIANA**  
 Fecha: 23/08/14



$\frac{23 \times 4 \times 25}{100} = 23.00\%$

**CONTROL DE PLACA BACTERIANA**  
 Fecha: \_\_\_\_\_





## Anexo 2. Ficha clínica periodontal año 2015

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIA ODONTOLÓGICA**

**HISTORIA CLÍNICA PERIODONTAL**  
 Nombre: Adrian Israel Barrojo Sexo M Edad 28  
 Ocupación: Comerciante Fecha ingreso 25/02/2015  
 Primera vez 25/02/2015 Mantenimiento \_\_\_\_\_

**ESTADO SISTÉMICO ACTUAL**  
 Enfermedad Sistémica Actual Virgus  
 Controlada No Medicación No  
 Requiere Interconsulta Médica \_\_\_\_\_  
 Exámenes de Laboratorio No


**ADICCIONES**  
 DROGAS No TABACO Si Cuantos 6 Tiempo 12 años Alcohol \_\_\_\_\_  
 HÁBITOS PARAFUNCIONALES machucarse los dientes  
 ESTUDIO RADIOGRÁFICO SOLICITADO Panorámica Periapical

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCIA**  
 COLOR Rosa  
 CONSISTENCIA Blanco  
 CONTORNO Irregular  
 Sangrado al Cepillado Si Sangrado Espontáneo Si  
 Exudado Hemorrágico No Exudado Purulento No  
 Movilidad No Hipersensibilidad No


**FACTORES ETIOLÓGICOS**  
 Factores Locales Placa bacteriana  
 Factores Sistémicos Virgus

**FACTORES DE RIESGO**  
 EDAD  HERENCIA   
 TABACO  ALCOHOL   
 FACTORES DENTARIOS  DROGAS  RELACIÓN PLACA RESPUESTA   
 COLABORACIÓN PACIENTE   
 ENFERMEDAD SISTÉMICA


**CONTROL DE PLACA BACTERIANA**  
 Fecha: 26-02-15  
42 + patas  

$$\frac{SP}{42 \times 100} = \frac{100}{51} = 42\%$$



**CONTROL DE PLACA BACTERIANA**  
 Fecha: 19/03/2015  

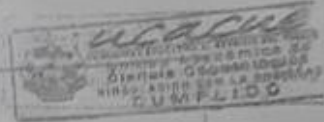
$$\frac{SP}{23 \times 100} = \frac{57}{100} = 25\%$$


**CONTROL DE PLACA BACTERIANA**  
 Fecha: 27/03/2015  

$$\frac{SP}{20 \times 100} = \frac{100}{50} = 20\%$$


**CONTROL DE PLACA BACTERIANA**  
 Fecha: 7/04/2015  

$$\frac{SP}{15 \times 100} = \frac{15}{100} = 15\%$$




DIAGNOSTICO Gingivitis Gónica Generalizada  
 PRONOSTICO Favorable

HIGIENE ORAL RECOMENDADA Técnicas de Cepillado: 355 3 veces al día con un cepillo de cerdas semiduro, uso de hilo dental, enjuague con clorhexidina el 0,12 2 veces al día por 10 días.

PLAN DE TRATAMIENTO Protéctores, Control de placa, Eliminación de placa, Fx de Mantenimiento, Evaluación de higiene, Fx de realización.

EJECUCION DE TRATAMIENTO

Cita	Fecha	Actividad realizada	Alumno	Observaciones
	25/2/15	Diagnostico - Prot. Control		
	27/2/15	Eliminación de placa		
	6/3/15	Protección y Alivio		
	19/03/2015	Control de placa y Evaluación		
	24/03/2015	Protección y Alivio		
	24/10/2015	Control de placa		
	7/04/2015	Control de placa		

T.O.T

10/10

4-4-15

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

## Anexo 3. Ficha clínica periodontal año 2016

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Seguimiento

**HISTORIA CLÍNICA PERIODONTAL**

Nombre: Agustín Álvarez Sexo: Masculino Edad: 38 años  
 Ocupación: Chofer Fecha Ingreso: 11 de Noviembre de 2016  
 Primera vez: Si Mantenimiento: No

**ESTADO SISTEMICO ACTUAL**

Enfermedad Sistémica Actual: Ninguna  
 Controlada:                      Medicación:                       
 Requiere Interconsulta Médica: Médico de turno  
 Exámenes de laboratorio: Hemograma completo

**Signos Vitales**

Temperatura Corporal	<u>35,2°C</u>
Pulso	<u>60</u>
Presión Arterial	<u>125/85</u>
Frecuencia Respiratoria	<u>17</u>

**HABITOS**

Tipo de cepillo dental que usa: Cerdas duras sin marca  
 Técnica: Horizontal  
 Usa otros elementos de higiene bucal (describir): Ninguno  
 Es fumador: Si  
 Cuantos cigarrillos al día: 5 diarios

**OTROS HABITOS:**

Bruxismo: No Interposición lingual: No Consumo de cítricos: Si Onicofagia: No  
 Alcohol: Si Interposición de objetos: No Respirador bucal: No Drogas: No

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCIA**

Color: rojo azulado  
 Contorno: Poco festoneado/irregular / ausencia de papilas /  
 Consistencia: Blanda, suave, móvil!  
 Posición: Apical de LAC



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ODONTOLOGIA

### INDICE GINGIVAL

Índice Inicial

Fecha: \_\_\_\_\_

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8		
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8		

$$\frac{11}{100} \times 100 = 11\%$$

100  
PDR

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

Radiografía Panorámica  
Hemograma Completo

### DIAGNÓSTICO:


Periodontitis Crónica Severa Generalizada

### FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO:

Periodontitis: presencia de bolsas periodontales relacionadas a placa bacteriana y cálculo.  
Crónica: avance lento, prevalencia en el tiempo.  
Severa: existe una pérdida de inserción mayor a 5.  
Generalizada: abarca más del 30% de piezas dentales presentes en boca.

PRONOSTICO: aceptable

## Anexo 4. Ficha clínica periodontal año 2017


**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVIDO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**  
 Se guila

**HISTORIA CLÍNICA PERIODONTAL**


Nombre: Miguel Ignacio Jaramillo Torres Sexo: Masculino Edad: 47 años  
 Ocupación: Artesano Fecha de Ingreso: 18 Octubre 2017  
 Primera vez: 5º Mantenimiento: \_\_\_\_\_

**ESTADO SISTÉMICO ACTUAL**

Enfermedad Sistémica Actual: ninguna  
 Controlada: \_\_\_\_\_ Medicación: \_\_\_\_\_  
 Requiere Interconsulta Médica: \_\_\_\_\_  
 Exámenes de laboratorio: \_\_\_\_\_

**Signos Vitales**

Temperatura Corporal	<u>36,5°</u>
Pulso	<u>60 x min</u>
Presión Arterial	<u>115/75</u>
Frecuencia Respiratoria	<u>18 x min.</u>


**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
 Unidad Académica de Salud y Bienestar  
 Dr. René Sánchez Z.  
 MEDICINA OCUPACIONAL  
 CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**HÁBITOS**

Tipo de cepillo dental que usa: cerdos duos (pro)  
 Técnica: horizontal  
 Usa otros elementos de higiene bucal (describir): ninguno  
 Es fumador: NO  
 Cuantos cigarrillos al día: \_\_\_\_\_

**OTROS HÁBITOS:**

Bruxismo: NO Interposición lingual: NO Consumo de cítricos: NO Onicofagia: NO  
 Alcohol: NO Interposición de objetos: NO Respirador bucal: NO Drogas: NO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCIA**

Color: Rosa pálido  
 Contorno: festoneada / Irregular  
 Consistencia: Blanda  
 Posición: límite Alveolocementaria

## ÍNDICE GINGIVAL

Índice Inicial

Fecha: 23-02-18

1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8		
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8		

$$\frac{3}{88} \times 100 = 3.4\%$$

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

- Radiografía Panorámica

### DIAGNÓSTICO:

Periodontitis Crónica leve localizada.

### FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO:

Periodontitis → presencia de bolsas periodontales

Crónica → paciente es mayor de 30 años

Leve → porque contiene bolsas periodontales 1 a 3 ml

localizada → porque el porcentaje es menor del 30%.

PRONÓSTICO: Reservado

**Anexo 5. Control de calidad**

**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 19 de junio de 2018.

La estudiante Pamela Katherine Velásquez Ortega con numero de cédula 01060506025 de Decimo Ciclo A ha pasado con éxito el 100% del control de calidad sobre su tema "Frecuencia de la Enfermedad Periodontal en Pacientes ASA I de 18 a 59 años de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Cuenca, Periodo 2014-2017".



Dr. Ebingen Villavicencio