



Carrera Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Afecciones bucodentales en pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Autora:

Diana Karolina Rodríguez Rivadeneira.

Directora de tesis.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez Mg. Gs.

Ciudad Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez, Mg. Gs., certifica que la tesis de investigación titulada: Afecciones bucodentales en pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de la parroquia colón de la ciudad de Portoviejo. Es trabajo original de Diana Karolina Rodríguez Rivadeneira, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez, Mg. Gs.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Afecciones bucodentales en pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Mg. Gs.

Directora de la carrera.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez, Mg. Ge.

Directora de tesis.

Dr. César Burgos Morán.

Miembro del tribunal.

Dra. Jhusselym Aldama Bellón.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado Afecciones bucodentales en pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo, pertenece exclusivamente a la autora. Además, cedo mis derechos de autor de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Diana Karolina Rodríguez Rivadeneira.
Autora.

AGRADECIMIENTO.

Mis sinceros agradecimientos:

A mi Padre celestial y creador Dios, por darme las fuerzas para seguir adelante con cada uno de los obstáculos que se me presentaron a lo largo del camino, por regalarme a mi tesoro máspreciado mi madre la Sra. Rosa Rivadeneira Loor quien ha sido luz, guía y mi apoyo incondicional en mi vida, quien siempre tuvo una palabra de aliento para demostrarme que si se podía. Gracias mamita querida te amo este logro es nuestro y seguro vamos por más.

A mi familia, por apoyarme siempre y estar junto a mí, de manera especial a mis tías (os) Sra. María Rivadeneira, Sra. Leonor Rivadeneira, Sra. Magaly Rivadeneira e Ing. Carlos Rivadeneira por estar siempre pendientes de mí y así ayudarme a culminar esta epata tan importante en mi vida, al pilar fundamental de nuestra familia mi abuelita Sra. Betty Loor.

A mis compañeros y amigos, que estuvieron conmigo a lo largo de esta aventura, Fabio Cevallos, Diego Rodríguez, gracias por su apoyo por estar conmigo cuando creía que no podía más, gracias por esos días y noches de estudios, por las risas y los llantos que compartieron conmigo, siempre estarán en mi corazón. A mi angelito Dayan José Flores que siempre estuvo junto a mi apoyándome y ayudando de todas las maneras posibles, por sacarme las risas más lindas de mi vida; te amo amigo.

A mi amiga incondicional y hermana Helen Barcia Cedeño, por ser estar siempre junto a mí, por estar siempre pendiente de mi progreso y mis dificultades y ayudarme a que las cargas sean más ligeras. Así mismo a mi amigo Ing. José Gabriel López, por apoyarme desde el inicio hasta el final de esta meta alcanzada gracias por las largas tardes de búsquedas de pacientes y casi convertirte en colega jaja gracias.

A mi directora de tesis Dra. Mónica Cabrera Sánchez, por ayudarme con mi presente trabajo investigativo, impartirme sus conocimientos y por haber sido apoyo y guía en este proceso de tesis.

Gracias a todos aquellos que son parte de mi vida y estuvieron junto a mí a lo largo de todo este proceso, este logro también es posible gracias a ustedes los amo y siempre les estaré agradecida.

Diana Karolina Rodríguez Rivadeneira.

DEDICATORIA.

La perseverancia conlleva a la cristalización de los logros y metas en la vida de todo ser humano, obteniendo de ello los éxitos deseados, y es ahora que los he alcanzado, si bien es cierto nada es fácil, pero con esfuerzo y ganas todo es posible. Por tal motivo dedico este logro a las personas que de una u otra manera permanecieron a mi lado durante los años sacrificados de estudio; brindándome su apoyo, su comprensión, sus conocimientos y experiencias para afrontar la vida, de manera responsable y comprometida con la salud. Dedico este logro de manera especial a mi mamá quien ha hecho de mi lo que soy y ha enseñado que siempre se puede empezar de nuevo y que cada día será mucho mejor que el anterior, gracias mami por tu apoyo.

Diana Karolina Rodríguez Rivadeneira.

RESUMEN.

La investigación fue de campo, de corte transversal; con una población de 80 pacientes con rangos de edades comprendidas desde 60 a 80 años de edad.

Se aplicó a los pacientes varios instrumentos, a fin de evaluar su salud dental, entre ellos se empleó la historia clínica, la matriz de hallazgos clínicos y firmaron el debido consentimiento informado. Los resultados obtenidos demuestran los altos índices de caries, y pérdidas dentales.

El propósito de la investigación fue determinar las principales afecciones bucodentales que presentan las pacientes mayores de 60 años que acuden a los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Se concluyó que la pérdida dental es la afección bucodental más frecuente en pacientes mayores de 60 años que acuden a los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo, por lo que se realizaron charlas sobre las afecciones bucales que se presentan en su cavidad bucal y cómo prevenirlas.

ABSTRACT.

The research was a field, cross-sectional; with a population of 80 patients aged from 60 to 80 years of age.

Applied to the patients several instruments in order to assess your dental health, employment among them is the medical history, the array of clinical findings and signed the informed consent because. The results showed high rates caries, dental and losses.

The investigation was to determine the main oral conditions that present the patients older than 60 years who come to health sub-centers of the parish Colon of the city of Portoviejo.

With this it is possible to conclude that the tooth loss is the most frequent oral condition in patients older than 60 years who come to the subcentres colon of the parish of the city of Portoviejo, so that will be carried out lectures on oral diseases that occur in your oral cavity and how to prevent them.

ÍNDICE.

Certificación de la Directora de Tesis.....	II
Certificación del Tribunal Examinador.....	III
Declaración de Autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VII
Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
Índice.....	X
Introducción.....	1
Capítulo I	
1. Problematización.....	2
1.1. Tema de Investigación.....	2
1.2. Formulación del Problema.....	2
1.3. Planteamiento del Problema.....	2
1.4. Preguntas de Investigación.....	3
1.5. Delimitación de la Investigación.....	4
1.6. Justificación.....	4
1.7. Objetivos.....	6
1.7.1. Objetivo General.....	6
1.7.2. Objetivos Específicos.....	6
Capítulo II	

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.....	7
2.1. Envejecimiento.....	7
2.1.2. La Salud Bucal.....	8
2.1.3. Higiene Bucal.....	10
2.2. Caries Dental.....	11
2.2.1. Clasificación de la Caries.....	16
2.3. Enfermedad Periodontal.....	18
2.3.1. Tipos de Enfermedades Periodontal.....	19
2.4. Pérdida Dentaria.....	30
2.5. Unidad de Observación y Análisis.....	33
2.6. Variables.....	33
Capítulo III	
3. Marco Metodológico.....	34
3.1. Modalidad de la Investigación.....	34
3.2. Tipo de Investigación.....	34
3.3. Métodos.....	34
3.4. Técnicas.....	34
3.5. Instrumentos.....	34
3.6. Población y Muestra.....	35
3.7. Recursos.....	35
3.8. Criterios de la Muestra.....	36
3.9. Recolección de la Información.....	36
3.10. Procesamiento de la Información.....	37
3.11. Ética.....	37

Capítulo IV	
4. Análisis e Interpretación de los Resultados.....	38
Capítulo V	
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	68
Capítulo VI	
6. Propuesta.....	70
Bibliografía.....	75
Anexos.....	79

INTRODUCCIÓN.

Estudiando la información disponible en el sitio web Ruiz y Herrera¹ (2009) se pudo observar que:

La población envejece y el interés por la geriatría y la gerodontología cobra cada día más importancia. La Estomatología Geriátrica aborda todo lo relacionado con las afecciones bucales y condiciones crónicas que suelen ser comunes en edades avanzadas y que generan complicaciones en la práctica dental, dada por el cambio en el estado de la salud bucal del anciano.

Los ancianos son propensos a padecer enfermedades buco dentales, entre ellas la caries dental radicular, la leucoplasia, el cáncer bucal, las glosopatías atróficas y la xerostomía, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo de edades. (párr. 4 – 5).

Esta investigación tiene como finalidad estudiar los cambios bucodentales y afecciones más frecuentes que se presentan en pacientes mayores de 60 años que acuden a los subcentros de la parroquia Colón. Además de identificar las incidencias de caries, pérdidas dentales, inspeccionar los tejidos gingivales para verificar la presencia de ella y de enfermedad periodontal, por lo cual se presenta una propuesta alternativa para ayudar a la solución del problema.

El planteamiento del problema parte de estudios realizados a nivel macro, meso y micro, y que permiten analizar las molestias presentadas en pacientes mayores de 60 años.

¹Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Afecciones bucodentales en pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles son las afecciones bucodentales en pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo?

1.3. Planteamiento de problema.

Examinando la información disponible en el sitio web García et. al.² (2011) acerca de las personas mayores de edad se pudo referenciar que: “El envejecimiento poblacional es el aumento progresivo de la proporción de las personas de edad avanzada en una población determinada” (párr. 3).

Consultando la información disponible en el sitio web García et. al.³ (2011) se pudo conocer que: “La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada este siglo, y se

²García, J., Trujillo, P., Silvia, A., Sixto, M., Crespo, C. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la clínica Ormani Arenado (2011). [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>

³García, Y., Abreu, J., García, M., Morales, O. Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos “Francisca Navia”. Isla de la Juventud 2011 (2011). [En línea]. Consultado: [09, mayo, 2014] Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>

considera que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo”. (p. 2).

Estudiando la información disponible en el sitio web Ruiz y Herrera⁴ (2009) se pudo observar que:

Desde 1948 la ONU ha planteado especial preocupación por el envejecimiento a nivel mundial señalando la necesidad de proteger los derechos de los adultos mayores como garantía de su bienestar. La población envejece y el interés por la geriatría y la gerodontología cobra cada día más importancia. La Estomatología Geriátrica aborda todo lo relacionado con las afecciones bucales y condiciones crónicas que suelen ser comunes en edades avanzadas y que generan complicaciones en la práctica dental, dada por el cambio en el estado de la salud bucal del anciano.

Los ancianos son propensos a padecer enfermedades buco dentales, entre ellas la caries dental radicular, la leucoplasia, el cáncer bucal, las glosopatías atróficas y la xerostomía, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo de edades. (párr. 4 – 5).

Este es un problema existente a nivel mundial, en Ecuador y en la ciudad de Portoviejo; se conoce que los pacientes mayores de 60 años que asisten a los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo presentan un alto índice de afecciones bucodentales relacionadas con la tercera edad. Por lo tanto es indispensable investigar esta problemática y aportar para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que llegan a la atención odontológica de las unidades de salud mencionadas con anterioridad.

1.4. Preguntas de investigación.

⁴Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

¿Cuál es la frecuencia de enfermedad periodontal en los pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo?

¿Cuál es la prevalencia de la caries en los pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo?

¿Qué frecuencia de Pérdida Dental existe en los pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo?

1.5. Delimitación de la investigación.

-Campo: Odontología.

-Área: Salud bucal.

-Aspecto: Afecciones bucodentales.

1.5.1. Delimitación espacial: La investigación se desarrollará con los pacientes mayores de 60 años que acuden a los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

1.5.2. Delimitación temporal: El período de estudio corresponde desde marzo 2014 – agosto 2014.

1.6. Justificación.

Consultando la información disponible en el sitio web García et. al.⁵ (2011) se pudo conocer que:

⁵García, Y., Abreu, J., García, M., Morales, O. Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos “Francisca Navia”. Isla de la Juventud 2011 (2011). [En línea]. Consultado: [09, mayo, 2014] Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>

La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada este siglo, y se considera que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo. La sociedad envejece rápidamente y esto hay que verlo como parte del desarrollo. Las causas fundamentales de este incremento están dadas por las migraciones, descenso de natalidad y el mejoramiento de la atención médica; por tanto, el envejecimiento debe analizarse a través de su contexto sociocultural y por su influencia en la calidad de vida. (p. 2).

Estudiando la información disponible en el sitio web Ruiz y Herrera⁶ (2009) se pudo citar que:

Desde 1948 la ONU ha planteado especial preocupación por el envejecimiento a nivel mundial señalando la necesidad de proteger los derechos de los adultos mayores como garantía de su bienestar. La población envejece y el interés por la geriatría y la gerontología cobra cada día más importancia. La Estomatología Geriátrica aborda todo lo relacionado con las afecciones bucales y condiciones crónicas que suelen ser comunes en edades avanzadas y que generan complicaciones en la práctica dental, dada por el cambio en el estado de la salud bucal del anciano.

Los ancianos son propensos a padecer enfermedades buco dentales, entre ellas la caries dental radicular, la leucoplasia, el cáncer bucal, las glosopatías atróficas y la xerostomía, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo de edades.

Teniendo en cuenta que las periodontopatías son la causa más frecuente de pérdida dentaria en el adulto mayor, con la consiguiente afectación de la calidad de vida, y que existen opiniones controvertidas con relación a su aparición, ya que muchos autores plantean que es un proceso que se presenta a medida que se envejece y otros señalan factores, como la mala higiene bucal o la existencia de enfermedades sistémicas como la Diabetes Mellitus. (párr. 4 – 5 – 7).

Este estudio brindará información relevante sobre el estado de salud bucal de la población de adultos mayores, ya que caracterizará epidemiológicamente las principales afecciones de la salud bucal en los adultos mayores, lo que permitirá establecer estrategias apropiadas para el tratamiento de las lesiones bucales, su prevención y control. La

⁶Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatias y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

factibilidad de la investigación se da debido a que se cuenta con la autorización de los directivos de los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

-Determinar las afecciones bucodentales más frecuentes en los pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de salud de la parroquia Colón de la Ciudad de Portoviejo.

1.7.2. Objetivos específicos.

-Determinar la prevalencia de periodontitis en los pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

-Determinar tipo y frecuencia de gingivitis en los pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

-Determinar la prevalencia de la caries en los pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

-Determinar la frecuencia de Perdida Dental en los pacientes mayores de 60 años de edad de los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

-Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema investigado.

CAPITULO II.

2. Marco teórico referencial y conceptual.

2.1. Envejecimiento.

Consultando la información disponible en el sitio web García et. al.⁷ (2011) se pudo conocer que:

La esperanza de vida ha aumentado en forma pronunciada este siglo, y se considera que seguirá creciendo prácticamente en todas las poblaciones del mundo. La sociedad envejece rápidamente y esto hay que verlo como parte del desarrollo. Las causas fundamentales de este incremento están dadas por las migraciones, descenso de natalidad y el mejoramiento de la atención médica; por tanto, el envejecimiento debe analizarse a través de su contexto sociocultural y por su influencia en la calidad de vida. (p. 2).

Examinando la información disponible en el sitio web García et. al.⁸ (2011) acerca de las personas mayores de edad se pudo citar que:

El envejecimiento poblacional es el aumento progresivo de la proporción de las personas de edad avanzada en una población determinada. Es un proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo que se inicia con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. (párr. 3).

Estudiando la información disponible en el sitio web Ruiz y Herrera⁹ (2009) se pudo exponer que:

⁷García, Y., Abreu, J., García, M., Morales, O. Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos. “Francisca Navia”. Isla de la Juventud 2011 (2011). [En línea]. Consultado: [09, mayo, 2014] Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>

⁸García, J., Trujillo, P., Silvia, A., Sixto, M., Crespo, C. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la clínica Ormani Arenado (2011). [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>

Desde 1948 la ONU ha planteado especial preocupación por el envejecimiento a nivel mundial señalando la necesidad de proteger los derechos de los adultos mayores como garantía de su bienestar. La población envejece y el interés por la geriatría y la gerodontología cobra cada día más importancia. La Estomatología Geriátrica aborda todo lo relacionado con las afecciones bucales y condiciones crónicas que suelen ser comunes en edades avanzadas y que generan complicaciones en la práctica dental, dada por el cambio en el estado de la salud bucal del anciano.

Los ancianos son propensos a padecer enfermedades buco dentales, entre ellas la caries dental radicular, la leucoplasia, el cáncer bucal, las glosopatías atróficas y la xerostomía, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo de edades.

Teniendo en cuenta que las periodontopatías son la causa más frecuente de pérdida dentaria en el adulto mayor, con la consiguiente afectación de la calidad de vida, y que existen opiniones controvertidas con relación a su aparición, ya que muchos autores plantean que es un proceso que se presenta a medida que se envejece y otros señalan factores, como la mala higiene bucal o la existencia de enfermedades sistémicas como la Diabetes Mellitus. (párr. 4 – 5 – 7).

2.1.2. La salud bucal.

Considerando la información disponible en el sitio web González et. al.¹⁰ (2013) se pudo saber que:

La salud bucal, no solamente está relacionada con la presencia de los dientes de forma natural o artificial, está relacionada con el estado en que se encuentran los mismos, además el estado de los tejidos blandos de la cavidad bucal que no perturben la capacidad funcional de la cavidad bucal en específico y la salud general del individuo. Es de importancia primordial, la conservación de la salud bucal, para tener una correcta nutrición y una relación con los semejantes. Los adultos mayores en su mayoría le restan importancia a su conservación y a la relación que puede existir con la salud general. (párr. 10 – 11).

Indagando la obra de Marsh y Martin¹¹ (2011) se pudo referenciar que:

⁹Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

¹⁰González, R., Madrazo, D., Osorio, M. (2013). Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/138/32>

Las características de la boca la hacen ecológicamente distinta del resto de las otras superficies del cuerpo, e impone los tipos de microbios capaces de persistir, de modo que no todos los microorganismos que entran en la boca son capaces de colonizar. Por otra parte, distintos hábitats existen incluso dentro de la boca, cada cual apoyara el crecimiento de una comunidad microbiana característica debido a sus rasgos biológicos particulares. Los hábitats que proporcionan condiciones ecológicas obviamente diferentes incluyen las superficies mucosas (tales como los labios, carrillo, paladar y lengua) y los dientes. Las características de la boca como hábitat microbiano son dinámicas, y cambiaran durante la vida de un individuo. (p. 8).

Cambios en la salud oral del paciente anciano.

Investigando la información disponible en el sitio web Llarena¹² (2012) se pudo citar que:

Hoy en día el concepto de la salud oral se ha ampliado y engloba no sólo la ausencia de dolor, sino la higiene, la función, la estética y el confort subjetivo que experimenta el paciente. Por lo tanto, debemos tener muy presente la necesidad de aplicar diversos procedimientos terapéuticos rehabilitadores.

El principal problema que presenta el paciente anciano es la pérdida de función oral. Este término se define como el conjunto de acciones motoras de la boca que incluyen el habla, la masticación, la deglución, la fonación, la salivación y la cada vez más demandada estética.

Dicha función puede estar alterada a causa de diversas patologías (como la caries, la enfermedad periodontal, la xerostomía o el síndrome de disfunción temporomandibular), como consecuencia de ciertos hábitos orales perjudiciales (como el bruxismo o el aprietamiento), o puede ser secuencia a actitudes iatrogénicas por parte del profesional (como un mal ajuste de prótesis). A su vez, la mucosa oral se vuelve más fina, lisa, seca y susceptible a las lesiones. Todo esto desemboca llevar a cabo un tratamiento multidisciplinar consistente en procedimientos de prevención, tratamiento y mantenimiento periodontal, una terapéutica conservadora y endodóntica de las piezas que lo requieran y una rehabilitación protésica mediante implantes. (p. 120).

¹¹Marsh, P. D., y Martin, M. V. (2011). Microbiología oral. (5ª ed.). República Bolivariana de Venezuela: Amolca.

¹²Llarena, C., (2012). Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Protesis_Dental/48.pdf

Indagando la información disponible en el sitio web García et. al.¹³ (2011) se pudo resumir que:

Por tener los ancianos características y necesidades particulares y como grupo priorizado en el modelo de Atención Estomatológica Integral, se debe conocer la prevalencia de enfermedades bucales y los factores de riesgo a que están sometidos, para así planificar acciones dirigidas a mejorar su estado de salud, bienestar, calidad de vida y satisfacer sus demandas de servicios, teniendo en cuenta además, que nos estamos enfrentando al extraordinario crecimiento demográfico de dicho grupo. (p. 2).

2.1.3. Higiene bucal.

Considerando la obra de Barrancos¹⁴ (2006) se pudo referenciar que:

El cepillado de los dientes es el método de higiene bucal más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de aceptabilidad social. En los países industrializados entre el 80 y el 90% de la población se cepilla los dientes una o dos veces por día. Sin embargo, los procedimientos habituales de higiene bucal practicados por la mayoría de estas personas no logran el propósito de controlar la placa dental. De los diferentes métodos con los que se puede realizar este control el más efectivo en la actualidad es la remoción por medio del cepillo dental, el hilo y algunos otros elementos, como cepillos especiales. La eficacia del cepillado dentario depende de varios factores, que incluyen el diseño de los cepillos, el dentífrico utilizado y el método y la frecuencia del cepillado. (p. 375).

Estudiando la obra de Bordoni et. al.¹⁵ (2010) se pudo citar que:

Cuando existe un equilibrio entre las bacterias localizadas en la cavidad bucal y el huésped se habla de salud. La presencia de las comunidades bacterianas en la boca del ser humano depende de condiciones ambientales provenientes del huésped, del medio externo y de factores encontrados dentro de la biopelícula. (Loesche, 1969; Eskow y col., 1971). Del impacto de estos factores depende el que los tejidos de la boca se mantengan intactos (sanos), o sucumban ante el potencial patógeno que algunos de esos microorganismos exhiben. (pp. 143 – 144).

¹³García, Y., Abreu, J., García, M., Morales, O (2011). Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos “Francisca Navia”. Isla de la Juventud 2011 (2011). [En línea]. Consultado: [09, mayo, 2014] Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>

¹⁴Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

¹⁵Bordoni, N., Escobar Rojas, A., y Castillo Mercado, R. (2010). Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

2.2. Caries dental.

Considerando la obra de Barceló¹⁶ (2010) se pudo referenciar que:

La caries es una enfermedad infecciosa. Algunos estudios han demostrado que existe una relación causal entre la caries y los alimentos blandos y con alto contenido de azúcar, así mismo con el tiempo que éstos permanecen en la boca, la frecuencia de su consumo y, por supuesto, con la falta de higiene bucodental. Y aquí es donde interviene la estrategia de la prevención. (p. 60).

Consultando la información disponible en el sitio web Cigales et. al.¹⁷ (2011) se pudo conocer que:

La caries dental es una enfermedad infecciosa y multifactorial ampliamente extendida en el mundo. Ha sido y es la enfermedad crónica más frecuente del ser humano moderno considerada la de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la tercera calamidad sanitaria, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. A pareció muy pronto en la historia de la humanidad, se informan lesiones provocadas por caries en dientes humanos que datan del paleolítico y del neolítico. En la mayor parte del mundo permanece como un problema sobresaliente de salud pública, por las siguientes razones: su frecuencia, el daño causado, las posibilidades de actuación eficaz, el costo per cápita y el interés de la comunidad. En la actualidad, su distribución y severidad varían de una región a otra, y su aparición se asocia en gran manera con factores socioculturales, económicos, del ambiente, del comportamiento y del sistema de salud existente. (párr. 3 – 4).

Estudiando la obra de Ross y Pawlina¹⁸ (2008) se pudo exponer que: “La caries dental es una enfermedad microbiana infecciosa de los dientes cuya consecuencia es la destrucción de los tejidos calcificados afectados, o sea el esmalte, la dentina y el cemento” (p. 540).

¹⁶Barceló Canto, E. B. (2010). Odontología para bebés: Estrategia de prevención. México D. F., Estados Unidos Mexicanos: Trillas editorial.

¹⁷Cigales, A., Chaviano, M., Sánchez, Z., García, M. (2011). Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de Diciembre. Jagüey Grande. Septiembre-diciembre 2007. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000400003&script=sci_arttext

¹⁸Ross, Michael H. y Pawlina, W. (2008). Histología: texto y atlas color con Biología Celular y Molecular. (5ª ed.). Buenos Aires, República de Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.

Examinando la obra de Cuenca¹⁹(2013) se puede citar que:

La caries dental se puede desarrollar en cualquier superficie de un diente, que está en la boca, cuando tiene en su superficie placa bacteriana. Sin embargo la presencia de placa no lleva necesariamente a la enfermedad. Las bacterias son necesarias pero no suficientes. (p. 20).

Observando la obra de Velayos²⁰ (2007) se pudo referenciar que:

La proliferación de bacterias, facilitada por la falta de higiene, sobre la superficie del diente, hace que se produzca una desmineralización de la estructura dental, provocando la aparición de cavidades, que si no se tratan avanzan hasta invadir la cámara pulpar, produciendo la infección de ésta y la destrucción del diente. (p. 115).

Examinando la obra de Nochi²¹ (2008) se pudo conocer que:

Desde hace muchos años observamos que, a pesar de los esfuerzos de los programas de prevención odontológicos, la caries dental todavía es la principal responsable de la pérdida de los dientes. Por lo tanto, es necesario que el profesional entienda en primer lugar el concepto de caries y luego los mecanismos involucrados en su evolución, con el objetivo de evitar su instalación, interferir en su progresión o reparar sus secuelas cuando sea necesario. (p. 16).

Definición y origen de la caries.

Investigando la obra de La Academia italiana di conservativa (AIC)²² (2010) se pudo conocer que: “La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la lesión cariosa como: un proceso patológico externo y localizado, que se presenta tras la erupción del

¹⁹Cuenca, E. Baca, P. (2005). Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. (3ª ed.) Barcelona, Reino de España: Masson, S.A.

²⁰Velayos, J. (2007). Anatomía de la cabeza: para odontólogos. (4ª ed.). Madrid, Reino de España. Editorial médica Panamericana S.A.

²¹Nochi, E. (2008). Odontología restauradora: Salud y estética. (2 ed.). Ciudad de Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

²²Academia italiana di conservativa. (2010). Odontología Restauradora: procedimientos terapéuticos y perspectiva de futuro. Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.

diente y que supone un reblandecimiento de los tejidos duros, con la consiguiente formación de cavidad” (p. 30).

Estudiando la obra de García²³ (2006) describe que “Hace falta que coincidan cuatro factores para que puede desarrollarse la caries: El huésped o factores propios de cada persona, los microorganismos, la dieta o alimentación, el tiempo” (p. 29).

El huésped o factores propios de cada persona.

Indagando la obra de García²⁴ (2006) se puede exponer que:

Son las condiciones específicas de cada individuo que explican el hecho de que unos padezcan más caries que otros, teniendo iguales hábitos higiénicos y alimenticios. Algunas personas tienen mayor predisposición a padecer caries por factores hereditarios, endocrinos o inmunológicos, cuando sus defensas están más mermadas. Influyen de forma importante la mayor o menor mineralización del esmalte, las alteraciones en la saliva si hay poca o es muy espesa las caries son más frecuentes o la descolocación de los dientes, pues al ser más difíciles de limpiar se acumula mayor cantidad de placa y existe mayor riesgo de padecer caries. (pp. 29 – 30).

Los microorganismos. La placa bacteriana.

Investigando la literatura de García²⁵ (2006) se puede exponer que:

La placa bacteriana es una película de consistencia blanda y coloración blanquecina que se desarrolla sobre la superficie de los dientes en zonas de difícil limpieza (surcos, fosas o caras interdentes) y que está formada, entre otros elementos, por una gran cantidad de gérmenes. Se forma cuando interrumpimos la limpieza de los dientes por algunos días o no la hacemos correctamente. Además de estos gérmenes se compone de algunas proteínas procedentes de la saliva entre todos los gérmenes existen algunos, como el denominado estreptococo mutans que

²³García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

²⁴García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

²⁵García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

es el responsable de ocasionar la caries. Si a esta película le añadimos los hidratos de carbono conseguiremos el “alimento” adecuado para que crezcan de forma imparable. Estos gérmenes alimentado con los azúcares mencionados (hidratos de carbono) producen una acides capas de desmineralizarlo el esmalte y dañarlo, ocasionando una cavitación progresiva en los tejidos dentales. (pp. 29 – 30).

La dieta o alimentación.

Consultando la literatura de García²⁶ (2006) acerca de la dieta y alimentación se pudo citar que: “Los alimentos que más influyen en la etiología de la caries son, como ya se ha mencionado, los hidratos de carbono (H de C) o azúcares que tomamos en las comidas, de los cuales el más cariogénico es la sacarosa” (p. 30).

Analizando la obra de Salette²⁷ (2009) se puede exponer que:

La absorción de minerales, que ayuden a la formación de la superficie del diente, se termina cerca de dos años después de su erupción. Esto significa que después de que el diente aparece en boca aún está ocurriendo su mineralización. En este periodo podemos considerar al dientes como una “esponja” que absorberá minerales como calcio, fosforo y flúor que tomara de la saliva, y también estar más susceptible a los ataque ácidos bacterianos. (p. 102).

El tiempo.

Analizando la obra de García²⁸ (2006) se conoce que el tiempo:

Es el cuarto factor. La caries, además de que se de todos los factores anteriores necesita tiempo para desarrollarse. Es decir, si tenemos los anteriores factores pero realizamos una eficaz limpieza de la placa bacteriana no daremos tiempo a que se desarrolle dicha caries. (p. 31).

²⁶García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

²⁷Salette Nahas, M., Schmitt, R., Kim, S. (2009).Salud bucal del bebé al adolescente. Sao Paulo, República Federativa del Brasil: Santos editora.

²⁸García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

Diagnóstico de la lesión de la caries dental

Observando la literatura de Castillo et. al.²⁹ (2011) escriben la clasificación sintomatológica y se pudo citar que:

Principios a seguir:

1. La caries dental se debe diagnosticar como un proceso de enfermedad dinámica del esmalte y la dentina.
2. El proceso de la enfermedad se inicia cuando la superficie del diente es expuesta a los ácidos producidos por las bacterias cariogénicas en la fermentación de los carbohidratos.
3. En el esmalte, el calcio y los fosfatos se pierden de las capas de subsuperficie y superficie, después que el Ph de los fluidos orales bajan a menos de 5.5. Esta pérdida ocurre usualmente si los mecanismos de defensa de la cavidad oral no son suficientes para proteger el esmalte de los defectos del deterioro y del ataque frecuente de ácido.
4. La meta del diagnóstico en un paciente es detectar la presencia de caries dental en los estadios tempranos de la enfermedad. Si los signos de lesiones iniciales de caries (desmineralización) se detectan, se debe advertir al paciente y a sus padres y proveerle de cuidados preventivos para revertir el proceso de la enfermedad.
5. En el manejo de la caries dental, es importante considerarla como una enfermedad infecciosa. Limpiar la cavidad y obturarla no es la única solución para el daño causado, y no es un método efectivo para tratar la infección cariogénica (Gregory et al., 1998). La comprensión, en un programa preventivo y de tratamiento, es necesario para manejar la caries especialmente para pacientes con caries rampante. (p. 107).

Diagnostico visual y táctil.

Considerando la obra de Nochii³⁰ (2008) se pudo citar que:

Éstos son los métodos clásicos de diagnóstico, en los que la presencia o ausencia de lesión cariosa puede estar representada por:

-Lesión de la caries activa (mancha blanca): se presenta como una mancha opaca, rugosa, ubicada principalmente en zonas de mayor dificultad de limpieza y puede asociarse a gingivitis.

-Lesión de caries inactiva (mancha blanca): puede presentarse como mancha pigmentada o de coloración clara, en que la superficie de esmalte se encuentra brillante, lisa o pulida.

²⁹Castillo Mercado, R., et al. (2011). Estomatología pediátrica. Madrid, Reino de España: Ripano.

³⁰Nochii, E. (2008). Odontología restauradora: Salud y estética. (2 ed.). Ciudad de Buenos Aires, Republica de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.

-Lesión de caries activa con cavitación: Coloración clara, fondo blando, con presencia de mancha blanca activa en los bordes.

-Lesión de caries inactiva con cavitación: Coloración oscura, fondo endurecido al sondaje o exploración, con márgenes definidos, sin el halo de mancha blanca activa en los bordes de la cavidad. (p. 19).

2.2.1 Clasificación de la caries.

Indagando la obra de La Academia italiana di conservativa (AIC)³¹ (2010) se pudo conocer que:

En la literatura médica nos encontramos con varios tipos de clasificaciones, que permiten describir el proceso carioso. Entre ellas cabe destacar las siguientes: la anatomopatológica, la topográfica, la sintomatológica, la clínica y la radiográfica.

Desde el punto de vista estrictamente operativo, las clasificaciones más importantes son la clínica y la radiográfica.

Clasificación anatomopatológica.

Caries del esmalte.

Desde el punto de vista anatomopatológico, la caries del esmalte se presenta *macroscópicamente* en las superficies lisas como una mancha blanquecina, opaca, que puede evolucionar hacia cavitación o bien pigmentarse. (p. 31).

Observando la obra de La Academia italiana di conservativa (AIC)³² (2010) se pudo citar que:

Caries de la dentina

Desde el punto de vista macroscópico, la caries dentinaria se clasifica de manera clásica y con fines didácticos en dos formas:

- Una forma «aguda», progresiva de evolución rápida, típica de las lesiones activas de los dientes jóvenes, con aspecto de color blanco-amarillento o parduzco y de consistencia blanda.
- Una forma «crónica» o caries detenida, de evolución lenta y frecuente en el diente adulto. Es de color pardo-negruzco y de consistencia más dura y seca en comparación con la caries activa del diente joven.

³¹Academia italiana di conservativa. (2010). Odontología Restauradora: procedimientos terapéuticos y perspectiva de futuro. Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.

³²Academia italiana di conservativa. (2010). Odontología Restauradora: procedimientos terapéuticos y perspectiva de futuro. Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.

Desde el punto de vista clínico-operativo, la distinción entre los dos tipos de caries dentinaria no altera el enfoque riguroso de eliminación completa del tejido patológico durante la preparación cavitaria.

Desde el punto de vista macroscópico, la caries de la dentina presenta una peculiar forma cónica, con el vértice de la zona de invasión orientado en sentido pulpar. Algunos autores subdividen en tres fases diferentes el proceso de evolución de la caries:

- Fase I → desmineralización.
- Fase II → cambio de color.
- Fase III → invasión bacteriana. (p. 34).

Investigando la obra de Masioli³³ (2013) se pudo conocer que:

Clasificación artificial de Black

Reúne las cavidades en clases que requieren técnicas semejantes de instrumentación y restauración.

Clase I: cavidades o lesiones que involucran regiones de mala coalescencia del esmalte, fosas y fisuras en la cara oclusal de molares y premolares; dos tercios oclusales de las caras vestibulares, linguales o palatinas de todos los molares; cara palatina/lingual de todos los incisivos y caninos en la región del cingulo.

Clase II: cavidades o lesiones que involucran las caras proximales de los premolares y molares.

Clase III: cavidades o lesiones que involucran las caras proximales de los incisivos y caninos, sin comprometer del ángulo incisal.

Clase IV: cavidades o lesiones que involucran las caras proximales de los incisivos y caninos y que abarquen el ángulo incisal.

Clase V: cavidades que involucren el tercio gingival de las caras vestibular y lingual de todos los dientes.

La clasificación artificial de Black es utilizada hasta el día de hoy, a pesar que ha sufrido complementaciones para adecuarse a la filosofía conservadora de instrumentación y restauración de las cavidades.

Clase VI: propuesta por Howard y Simon, incluye las cavidades atípicas preparadas en los bordes incisales y en la puntas de las cúspides. (p. 69).

Clasificación clínica.

Indagando la obra de la AIC³⁴ (2010) se puede citar que:

³³Masioli, M. A. (2013). Odontología restauradora de la A a la Z. Rio de Janeiro, República Federativa del Brasil: Editora Ponto Ltda.

³⁴Academia italiana di conservativa. (2010). Odontología Restauradora. Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.

Esta clasificación se basa en el grado de penetración de la caries.

-Caries inicial: sin cavidad, afecta solo al esmalte, con aspecto de mancha blanca, áspera y yesosa; es la única reversible por fluoración.

-Caries superficial: sobrepasa la unión esmalte-dentina y comienza a invadir la dentina.

-Caries profunda: se extiende en profundidad, afectando al cuerpo dentinario.

-Caries penetrante: determina una reacción por parte del órgano pulpodentinario, con formación de dentina terciaria.

-Caries perforante: supone exposición pulpar. (p. 14).

Indagando la obra de Masioli³⁵ (2013) se pudo citar que:

Clasificación de G. Mount y R. Hume (1997)

Recientemente, para mejorar la sistematización de las lesiones, muchos autores e investigadores sugirieron dirigirla hacia el tratamiento, incorporando a la clasificación las lesiones no cavitadas, categoría que facilitará entender el sustento de la terapia no restauradora o mínimamente invasiva de las lesiones cariosas.

Zonas.

Ante la necesidad antes señalada, Mount y Hume describieron tres zonas o áreas en las cuales se acumula placa dental, por lo cual son más susceptibles a la formación de lesiones. Estas zonas pueden localizarse en la corona o en la raíz de un diente.

-Zona 1: Lesiones en las fosas, fisuras y defectos del esmalte en las superficies oclusales de los dientes posteriores u otras superficies como la fosa del cíngulo de dientes anteriores.

-Zona 2: Área proximal situada inmediatamente vecina de los puntos de contacto con los dientes contiguos.

-Zona 3: Tercio gingival de la corona anatómica, o en caso de recesión gingival, raíz expuesta.

Tamaño.

Basándose en el progreso de las lesiones, se las dividió en cuatro tamaños, independientemente del lugar de origen de la lesión.

-Tamaño 1: mínima afectación de la dentina.

-Tamaño 2: afectación moderada de la dentina, de modo que una vez preparada la cavidad, el esmalte está en buen estado y adecuadamente soportado por la dentina, no es probable que se fracture por cargas oclusales normales.

-Tamaño 3: la pieza está extensamente afectada, pero no involucra cúspides o bordes incisales.

-Tamaño 4: lesión extensa con pérdida importante de estructura dental, que incluye cúspides o bordes incisales. (pp. 71 – 72 – 73 – 74 – 75).

³⁵Masioli, M. A. (2013). Odontología restauradora de la A a la Z. Rio de Janeiro, República Federativa del Brasil: Editora Ponto Ltda.

2.3. Enfermedad Periodontal.

Indagando la información disponible en el sitio web Ruiz y Herrera³⁶ se pudo referenciar que:

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

2.3.1. Tipos de enfermedades periodontal.

Indagando la obra de Colgate et. al.³⁷ (2011) se pudo conocer que:

Las enfermedades periodontales incluyen dos categorías generales basadas en si hay pérdida ósea o pérdida de inserción: gingivitis y periodontitis.

La gingivitis es conocida una forma reversible de la enfermedad, y generalmente involucra inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de inserción de tejido conectivo.

La periodontitis se ha definido como la presencia de inflamación gingival en sitios donde a había una desinserción patológica de las fibras colágenas del cemento, el epitelio de unión ha migrado apicalmente, y la pérdida ósea puede ser detectada radiográficamente.

La clasificación de las enfermedades periodontales actualmente incluye ocho tipos generales:

- Gingivitis
- Periodontitis crónica
- Periodontitis agresiva
- Periodontitis como una manifestación de enfermedades sistémicas
- Enfermedades periodontales necrosantes
- Abscesos del periodonto
- Periodontitis asociadas con lesiones endodónticas
- Deformidades y condiciones del desarrollo o adquiridas. (p. 5).

³⁶Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

³⁷Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

Gingivitis.

Analizando la obra de García³⁸ (2006) se puede citar que: “Es la inflamación que ocasiona molestias en la boca y sangrado, espontaneo o tras el cepillado de dientes. Generalmente está producida por un acumulo de sarro, alrededor o dentro de la encía, que ocasiona la inflamación de la misma” (p. 32).

Analizando la obra de Colgate et. al.³⁹ (2011) se pudo conocer que:

La gingivitis es la inflamación gingival asociada con la acumulación de dentobacteriana y de cálculos. Es la forma más común de enfermedad gingival. La gingivitis puede o no progresar hacia periodontitis, en la que se desarrolla la perdida de hueso alveolar y de inserción clínica. La gingivitis es iniciada por la acumulación local de bacterias de la película dentobacteriana sobre los dientes. Los antígenos bacterianos y sus productos metabólicos (endotoxinas) estimulan las células epiteliales y del tejido conectivo para producir mediadores inflamatorios que inducen o estimulan una respuesta inflamatoria localizada reclutando leucocitos/polimorfonucleares o neutrófilos) en el sitio. También se produce una respuesta de anticuerpos a estos antígenos bacterianos. Las células inflamatorias y sus productos (citoquinas, enzimas y antígenos) se presentan en el sitio de la inflamación. (pp. 6 – 7).

Estudiando la obra de Echeverría et. al.⁴⁰ (2007), se pudo exponer que:

El progresivo cambio en la masa y composición de la placa tiene lugar en pocos días, pero afecta muy significativamente a los componentes del comportamiento coronal. El conectivo de la encía se destruye progresivamente, y en su lugar es ocupado por un infiltrado inflamatorio. El epitelio de inserción sufre también cambios morfológicos importantes, pero se mantiene unido a la superficie del esmalte. Las fibras supracrestales están parcialmente destruidas, pero su límite apical se conserva aún integro. Todos estos cambios caracterizan a la Gingivitis. (p. 19).

³⁸García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

³⁹Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

⁴⁰Echeverría García, J y Echeverría Manau, A. (2007). Manual de Periodoncia. Reino de España: Editorial Ergon.

Consultando la obra de Eley et. al.⁴¹ (2012) se pudo referenciar que:

La inflamación gingival tiende a empezar en la papila interdental y desde allí se extiende alrededor del cuello del diente, porque la acumulación de la placa bacteriana es máxima en la región interdental. La histopatología de la gingivitis crónica ha sido descrita cronológicamente por Page y Schroeder (1976) en una serie de etapas: la lesión inicial a los 2 – 4 días, seguida de una gingivitis temprana que a las 2 – 3 semanas se transformara en una gingivitis establecida. Estos cambios se describieron al examinar biopsias de lesiones de gingivitis experimentales en diferentes periodos. (p. 131).

Lesión inicial.

Analizando la obra de Eley et. al.⁴² (2012) se pudo citar que:

El primer cambio observado ocurre alrededor de los vasos sanguíneos gingivales de pequeño calibre gingivales al epitelio de unión. Estos vasos comienzan a dilatarse y el colágeno perivascular es sustituido por unas pocas células inflamatorias, células plasmáticas, linfocitos, sobre todo de tipo T, líquido histico y proteínas séricas. Aumenta la migración de los leucocitos a través del epitelio de unión y el exudado de líquido hístico desde el surco gingival. Aparte del aumento del flujo cervical y de PMN, puede que no haya signos clínicos que reflejen estos cambios inflamatorios en esta etapa. (p. 131).

Gingivitis temprana.

Examinando la obra de Eley et. al.⁴³ (2012) se puede exponer que:

Los cambios inflamatorios iniciales continúan si persiste el cúmulo de placa, con un incremento de flujo del líquido gingival y la migración de PMN. Los cambios tienen lugar tanto en el epitelio de unión como en el crevículo (surco gingival), donde hay signos de separación celular y cierta proliferación de células basales. (pp. 131 -132).

⁴¹Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012).Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁴²Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012).Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁴³Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012).Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

Gingivitis establecida.

Consultando la obra de Eley et. al.⁴⁴ (2012) se pudo conocer que:

Si no se restablece una higiene oral satisfactoria, comienza a manifestarse una gingivitis clínicamente visible en un intervalo de 7 a 14 días. Aparecen signos clínicos de inflamación y las papilas interdentes se vuelven edematosas y sangran al sondaje. El tamaño de la lesión aumenta y ocupa un volumen mayor en el interior del tejido conjuntivo gingival. Al aumentar la destrucción de colágeno y la hinchazón, el margen gingival puede separarse fácilmente de la superficie del diente dando origen a una bolsa (gingival) o (seudobolsas). (p. 132).

Investigando a Carranza⁴⁵ (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y se pudo citar que:

Color: Generalmente el color de la encía insertada y marginal suele describirse como rosado coral y es producido por el suministro vascular, el grosor y grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contienen pigmentos. El color varía según las diferentes personas y se encuentra relacionada con la pigmentación cutánea. Es más clara en individuos de tez blanca que en individuos trigueños con cabello oscuro. La encía insertada está delimitada desde la mucosa alveolar adyacente en la región vestibular por medio de una línea mucogingival claramente definida. La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante, en lugar de rosa granulada. Una comparación entre la estructura microscópica de la encía insertada y de la mucosa alveolar explica la diferencia en el aspecto. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado, no está queratinizado y no contiene proyecciones epiteliales e interpapilares. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es laxo y los vasos sanguíneos son más numerosos. (p. 61).

Consultando la obra de Carranza⁴⁶ (2010) acerca del tamaño de la encía se pudo conocer que: “El tamaño de las encías es el correspondiente a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común en la enfermedad gingival” (p. 61).

⁴⁴Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

⁴⁵Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

⁴⁶Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Analizando la obra de Carranza⁴⁷ (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y se pudo citar que:

Forma: La forma de la encía interdental se determina con el contorno de la superficie dentales proximales y la ubicación y forma de los espacios interproximales de las coronas está relativamente planas en sentido vestibulo lingual, las raíces se encuentran más juntas, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos en sentido mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía de acuerdo con la ubicación del contacto proximal. Por tanto en la región anterior de la dentadura, la papila interdental tiene forma piramidal, mientras la papila está más aplanada en una dirección bucolingual en la región molar. (pp. 61 – 62).

Investigando la obra de Carranza⁴⁸ (2010) acerca de la consistencia se pudo referenciar que:

Consistencia: La encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, está fuertemente unida al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su continuidad mucoperiostio del hueso alveolar, determina la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza de este margen gingival. (pp. 61 – 62).

Según lo consultado a Eley et. al.⁴⁹ (2012) se pudo conocer que:

Sangrado Gingival: El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes. Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suelen atribuirle importancia e incluso lo consideran normal; sin embargo, a menos que el sangrado siga claramente a un episodio de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología, es más frecuente al cepillarse los dientes. El sangrado puede estar causado por consumir alimentos duros, manzanas, tostadas, etc., así como por el sondaje del surco gingival o bolsa durante la exploración periodontal. El sangrado en el sondaje, como se ha utilizado como signo de la actividad de la enfermedad, pero como se ha dicho no es un indicador

⁴⁷Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

⁴⁸Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

⁴⁹Eley, B., Sorry, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

fiable de la actividad de la patología, y puede constituir el resultado de un examen no juicioso. Cuando las encías son extremadamente finas y blandas, el sangrado puede aparecer de modo espontáneo. El paciente percibe el sabor de la sangre, que también se puede notar en el olor del aliento. Si la respuesta del tejido es de sobrecrecimiento fibroso, no existe sangrado ni incluso con un cepillado de dientes fuerte. (pp. 163 – 165).

Periodontitis.

Examinando la información disponible en el sitio web Castaño et. al.⁵⁰ (2008) se puede conocer que:

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso de la encía y del aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra y subgingival.

Esta enfermedad, a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinadas bacterias, éstas son también necesarias pero no suficientes para que se produzca la enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible.

Desde el punto de vista histológico, las características que podemos hallar son bolsas periodontales, localización de la unión epitelial apical a la línea amelocementaria, una pérdida de fibras colágenas, una elevada concentración de leucocitos polimorfonucleares en la unión y bolsa epitelial, y una migración del infiltrado celular inflamatorio hacia el tejido conectivo. (párr. 3 – 4 – 5).

Periodontitis Crónica.

Estudiando la obra de Bottino⁵¹ (2008) se pudo citar que:

Es la forma más común de enfermedad periodontal y cuyo predominio y gravedad aumentan con la edad. El inicio y la permanencia del proceso inflamatorio que acomete a los tejidos de soporte se deben a la presencia de una microbiota bastante compleja, aunque los mecanismos de defensa del hospedador desempeñen un rol fundamental en la patogénesis de la enfermedad. La periodontitis se clasifica de acuerdo con la extensión y la gravedad. El valor de referencia que delimita la forma localizada y la forma generalizada se refiere al acometimiento de la

⁵⁰Castaño, E., Perea, M., Bascones, A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext

⁵¹Bottino, M. (2008). Nuevas tendencias 4: Periodoncia. Ciudad de Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Artes Médicas Ltda.

infección en el 30% de los sitios periodontales. O sea hasta un 30% se considera como forma localizada, mientras que la forma generalizada afecta más del 30% de los sitios periodontales. Por otro lado la sub división de acuerdo con la gravedad se orienta por los valores de pérdida de inserción clínica (PIC) que dan origen a tres categorías: PIC = 1 a 2mm (leve), PIC = 3 a 4mm (moderada), PIC = \geq 5mm (avanzada). (p. 31).

Características.

Considerando la información disponible en el sitio web Castaño et. al.⁵² se pudo referenciar que:

La periodontitis crónica tiene mayor prevalencia en adultos, aunque se pueden aparecer en individuos de cualquier grupo de edad, es decir, se produce tanto en la 1° como en la 2° dentición.

Podemos llegar a hallar diversos signos y síntomas tales como:

- Edema.
- Eritema.
- Aumento o recesión de la encía.
- Placa o cálculo supra y subgingival.
- Factores locales que aumentan el acumulo de placa sangrado o supuración al sondaje o espontánea.
- Una mayor movilidad.
- Apiñamiento o exfoliación dental.

Todas estas circunstancias pueden afectar a un número variable de dientes en función de cada individuo, con tasas variables de progresión.

Las características clínicas es una combinación de los siguientes signos la pérdida de nivel de inserción clínica, aumento de la profundidad de bolsa, inflamación gingival y pérdida ósea radiográfica.

Clasificación

La clasificación de la periodontitis crónica e establece en función de los siguientes criterios:

Extensión:

- Localizada: La que se presenta en menos de un 30%.
- Generalizada: La que muestra en más de un 30% de localizaciones afectadas.

Severidad:

- Leve: Cuando la pérdida de inserción es de 1 a 2 milímetros.
- Moderada: Cuando la pérdida de inserción es de 3 a 4 mm.
- Severa o avanzada: Cuando la pérdida de inserción es superior a 5 mm. (párr. 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17).

⁵²Castaño, E., Perea, M., Bascones, A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext

Analizando la obra de Langlais et. al.⁵³ (2013) se puede resumir que:

Periodontitis leve: Esta etapa se define como pérdida de 1 a 2 mm de fijación clínica, profundidad de sonda de bolsa periodontal de 4 a 5 mm, implicación de la furcación (de la horquilla) clase I, y pérdida de hueso alveolar crestral de 2 mm o menor.

Periodontitis moderada: el trastorno se define como perdida de 3 a 4 mm de fijación clínica, profundidades de bolsa periodontal de 4 a 6 mm, perdida de hueso alveolar de 3 a 4 mm, exudado y sangrado gingival. La furcacion de clase II es un defecto de 2 a 4 mm del hueso cortical y alveolar situado superiormente, entre las raíces.

Periodontitis Avanzada: La periodontitis avanzada se define por cuanto menos de 5 mm de pérdida de fijación clínica. De manera típica, las profundidades de la bolsa periodontal exceden 6 mm; la perdida de hueso alveolar es de más de 4 mm, y se ven recesión gingival, movilidad significativa de dientes, e implicación de la furcación clase III (un defecto óseo completo). (p. 86).

Analizando la obra de Coelho et. al.⁵⁴ (2011) se pudo conocer que:

La periodontitis crónica, en sus varias etapas de severidad (leve, moderada y grave), lleva a la morbidez de los tejidos de soporte, comprometiendo la salud dentaria. Esto ocurre principalmente cuando se presenta en etapas más avanzadas y cuando está relacionada a otros factores de riesgo, lo que puede ocasionar pérdida dentaria. Clínicamente, la periodontitis crónica se manifiesta a través de la presencia de la bolsa periodontal, y cuando no diagnosticada precozmente y no tratada adecuadamente, otras señales clínicas se muestran evidentes, como: movilidad dentaria, pérdida de inserción clínica, extrusión y migración patológica. Destacando la movilidad dentaria como factor de esta pesquisa, la literatura pertinente a este tema considera su origen multifactorial, estando no solamente relacionada con el agravamiento de la enfermedad periodontal, pero también influenciada por problemas oclusales de diferentes condiciones, como: ausencia dentaria acompañada o no del uso de prótesis dentarias; trauma de oclusión primaria, secundaria y ortodóncica; fuerzas traumáticas en función de la pérdida y o migración dentaria de los dientes pre-molares y molares, acompañada de la separación gradual de los dientes antero-superiores; restauraciones y coronas protéticas defectuosas; hábitos para-funcionales, como apretamiento dentario y bruxismo. La movilidad dentaria puede ser una consecuencia de factores como pérdida ósea, forma de las raíces dentarias, entre otros. En la enfermedad periodontal, la movilidad dentaria patológica es una señal tardía, que aparece

⁵³Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J (2012). Atlas a color de enfermedades bucales. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Editorial el Manual Moderno, S.A.

⁵⁴Coelho Soares, R.; Santos Gusmão, E.; Cimões, R.; Santos da Silva, L.; Lourenço Moreira, R.; Carneiro da Silva, V.; De Carvalho Farias, B. (2011) Movilidad dentaria en la periodontitis crónica. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art10.asp>

cuando ya hubo pérdidas considerables de los tejidos de soporte o cuando hay interferencias oclusales. (párr. 2 – 3).

Estudiando la obra de Coelho et. al.⁵⁵ (2011) se pudo conocer que:

La evaluación de presencia o ausencia de la movilidad dentaria es realizada a través del examen clínico periodontal, siendo la misma clasificada en diferentes grados de acuerdo con el movimiento del diente. Se reconoce, además, el grado de dificultad para medirla. Según la literatura, existen dos métodos para su evaluación: el método manual, de forma bidigital, realizado por medio de los mangos de dos instrumentos, siendo uno puesto en el vestibular y el otro en el lingual o palatina, cuando los dientes son movidos a un lado y al otro, o unidigital, cuando el dedo es presionado en la faz vestibular con el paciente ocluyendo, movimiento dentario conocido por "frémto", aplicado para verificar interferencias oclusales. El segundo método es a través de dispositivos mecánicos que miden electrónicamente la resistencia del periodonto a un bastón en velocidad y aceleración constantes, siendo aplicado en pesquisas para evaluar la movilidad antes y después del tratamiento periodontal. (párr. 4).

Periodontitis agresiva.

Considerando la obra de Colgate et. al.⁵⁶ (2011) se pudo conocer que:

Sus características típicas incluyen pérdida de inserción y destrucción ósea rápida en ausencia de acumulaciones significativas de biopelícula y cálculos. Esta forma de periodontitis usualmente afecta a individuos jóvenes, a menudo durante la pubertad, de los 1 a los 30 años, con predisposición genética. Las bacterias asociadas más frecuentemente con la periodontitis agresiva son *Aggregatibacter Actinomycetemcomitans* (anteriormente *actinobacillus actinomycetemcomitans*). La periodontitis agresiva también puede clasificarse como localizada y generalizada. La forma localizada afecta usualmente sitios de incisivos y primeros molares. La forma generalizada usualmente involucra al menos tres dientes diferentes de los primeros molares y los incisivos. (p. 8).

⁵⁵Coelho Soares, R.; Santos Gusmão, E.; Cimões, R.; Santos da Silva, L.; Lourenço Moreira, R.; Carneiro da Silva, V.; De Carvalho Farias, B. (2011) Movilidad dentaria en la periodontitis crónica. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art10.asp>

⁵⁶Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

Periodontitis como manifestaciones de enfermedades sistémicas.

Analizando la obra de Colgate et. al.⁵⁷ (2011) se pudo citar que:

Muchos desordenes hematológicos y genéticos tales como neutropenias adquiridas, familiares y cíclicas, leucemias, Síndrome de Down, Síndrome de Papilon – Lefevre, Síndrome de Cohen, e hipofosfatasia también se han asociado con el desarrollo de periodontitis.

Enfermedades Periodontales necrosantes.

Las enfermedades periodontales necrosantes se presentan en dos formas. Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN) y periodontitis ulcerativa necrosante (PUN). Estas dos enfermedades tienen la misma etiología y los mismos signos clínicos, excepto que la pun involucra pérdida de inserción clínica y de hueso alveolar.

Abscesos del Periodonto.

Los abscesos periodontales usualmente se desarrollan en pacientes con periodontitis que tiene empaquetamiento de restos alimenticios en una bolsa, o depósitos de cálculos profundos que bloquean el drenaje de la bolsa. Un absceso pericoronar es una infección de la encía alrededor de un diente parcialmente erupcionado que conlleva a pericoronitis. A los pacientes usualmente se les dificulta mucho mantener limpias estas áreas, y desarrollan inflamación e infección. Adicionalmente, el trauma ocasionado por el contacto del tejido gingival con el diente antagonista puede ocasionar un absceso pericoronar. Las áreas más comúnmente afectadas están asociadas con los terceros molares inferiores. (pp. 8 – 9).

Periodoncia en el paciente anciano.

Examinando la información disponible en el sitio web Llarena⁵⁸ (2013) se pudo conocer que:

La edad por sí sola no parece ser un factor importante en el desarrollo de la periodontitis, si se mantiene una buena higiene oral. Si por el contrario, existe una acumulación continua de placa, ésta provocará gingivitis apical, movimientos patológicos de los dientes y pérdida de dimensión vertical.

La severidad de la enfermedad periodontal aumenta con la edad ya que con ella van asociados otros factores de riesgo como son: cambios microbiológicos en la flora oral, xerostomía, efectos secundarios a tratamientos farmacológicos a los que

⁵⁷Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011).Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.

⁵⁸Llarena, C., (2012). Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Protesis_Dental/48.pdf

suelen estar sometidos las personas de mayor edad, cambios en los patrones alimenticios, ciertos hábitos (tabaco) y una mayor dificultad para la higiene oral. Se considera a esta patología la causa principal de pérdida dentaria en la edad adulta, siendo los molares los dientes más susceptibles, seguidos de los premolares maxilares. (p. 121).

Profundidad al sondaje.

Considerando la obra de Barrancos⁵⁹ (2006) se pudo referenciar que:

Es la distancia que existe entre el margen gingival y la zona hasta donde penetra la sonda en el epitelio de unión. La profundidad promedio de sondaje es de entre 1 y 4 mm y es mayor en la zona proximal que en las caras libres.

La sonda se coloca lo más paralelamente posible al eje mayor del diente y se introduce con suave presión, en sentido apical, en el surco gingivoperiodontal. Se debe detener al hallar resistencia.

El registro de la profundidad al sondaje debe efectuarse en las cuatro caras de todos los dientes presentes. Cuando la profundidad al sondaje es más de 4 mm, estamos en presencia de sitios de riesgo pues son lugares que pueden albergar bacterias periodontopáticas. (p. 401).

Lesión de furcación.

Estudiando la obra de Barrancos⁶⁰ (2006) se pudo citar que:

Cuando se pierde inserción en la zona interradicular de los dientes posteriores y esta zona queda expuesta a la bolsa periodontal, estamos en presencia de una lesión de furcación.

Para diagnosticarla usaremos una sonda especial llamada de Nabers, o en su defecto podemos usar una sonda común o un explorador.

Ramfjord y Ash clasificaron las lesiones de furcación de la siguiente manera:

-Clase I: afecta el tejido involucrado solo alrededor de la furcación.

-Clase II: la pérdida ósea se extiende más de 2 mm en sentido horizontal dentro de la furcación pero no alcanza el otro lado (aún queda pared ósea).

-Clase III: la pérdida de inserción permite el pasaje de lado a lado de la sonda. (pp. 401 – 402).

⁵⁹Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

⁶⁰Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

La recesión

Investigando la obra de Sanchez et. al.⁶¹ (2006) se pudo conocer que:

La recesión es la exposición de la superficie radicular por la migración apical de la encía. La recesión se refiere a la posición de la encía, no a su condición.

Las recesiones gingivales son en numerosas ocasiones motivo de la consulta, por las implicaciones estéticas que conllevan. Aunque se reconocen fácilmente, precisan de una exploración exacta para el registro de datos. Se mide con la sonda periodontal, en milímetros, desde la línea amelocementaria hasta el margen gingival. Las recesiones se deben explorar no solamente a nivel vestibular, sino también a nivel palatino y lingual. (p. 44).

La recesión gingival.

Indagando la obra de Cuniberti et. al.⁶² (2009) se pudo referenciar que:

La recesión gingival puede definirse como la exposición de la superficie radicular del diente debido a un desplazamiento apical de la margen gingival ocasionada por la destrucción de los tejidos periodontales marginales, a la vez que la inserción epitelial debe restablecerse en una posición más apical. (p. 188).

2.4. Perdida Dentaria.

Analizando la información disponible en el sitio web García et. al.⁶³ (2011) se pudo conocer que:

La fascies, característica de muchos ancianos, se producen por la pérdida de los dientes, ya que éstos tienen un importante componente morfológico y estético, representado por los caninos que aportan hasta un 90% de estética y molares 5%, en los 2/3 inferiores de la cara. Al perder los dientes, el soporte de la musculatura facial, el músculo y hueso se pierde, lo cual condiciona el aspecto "típico" en el rostro del anciano. Las glándulas salivales pierden cerca de un 30% del parénquima, sin embargo, no hay una pérdida en la cantidad de saliva producida.

⁶¹Sánchez Pérez, A., Saura Pérez, M., Moya Villaescusa, M. (2006). Manual de prácticas de Periodoncia: 4º de Odontología, Clínica Odontológica Universitaria. (1 ed.). Universidad de Murcia, Reino de España. Servicio de Publicaciones.

⁶²Cuniberti de Rossi y Guillermo Rossi. (2009). Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro. (1 ed.). Buenos Aires, República de Argentina. Medica Panamericana.

⁶³García, J., Trujillo, P., Silva, A., Iglesias, M., Crespo, C. (2011). Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942011000200008&script=sci_arttext&tlng=en

La articulación témporo-mandibular presenta en muchos casos un aplanamiento del cóndilo mandibular, sin embargo, en algunos pacientes se presenta una patología dolorosa de origen articular y en muchos otros no. Una de las principales patologías del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. De ellas, las de mayor prevalencia: la caries aguda radicular, seguida de la coronal, se llama así por la distribución anatómica con respecto al diente. (párr. 8).

Estudiando la información disponible en el sitio web Hernández et. al.⁶⁴ (2013) se pudo citar que:

La alta prevalencia de caries dental que se presenta en el mundo la sitúa como la principal causa de pérdida de dientes y la convierte en un problema de salud pública a nivel comunitario. Las metas trazadas por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S), no se han materializado en su totalidad; debido a ello, constituye un reto de la odontología moderna el proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud oral y ejercer un mayor control sobre las mismas. (párr. 2).

Indagando la información disponible en el sitio web Rangel et. al.⁶⁵ (2009) se determinó que:

La enfermedad periodontal es la de más frecuencia en los adultos, y es la causa más importante de pérdida dental después de los 35 años. Se observa entre el 7 y 15 % de la población y se inicia en la juventud. Las consecuencias de la pérdida dental son graves, pues limita la gama de alimentos a ser consumidos, así como el impacto sobre la autoestima y la comunicación (esto último nos lleva a la pérdida de la fonación). (párr. 5).

Estudiado la información disponible en el sitio web Minaya et. al.⁶⁶ (2010) se pudo exponer que:

⁶⁴Hernández, C., González, B., Yero, I., Rivadeneira, A. (2013). Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. Área Norte Sancti Spíritus. (2010). [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/212/163>

⁶⁵Rangel, J., García, G., Quintana, M., Gutiérrez, M., Gutiérrez, N. (2009). Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext

Uno de los retos de la odontología ha sido lograr la retención de los dientes naturales en la boca durante el mayor tiempo posible, debido a las consecuencias que puede tener su pérdida sobre las funciones biológicas y fisiológicas, y en los aspectos sociales y estéticos. De acuerdo con diversos autores, las principales causas de pérdida dental son a caries dental y la enfermedad periodontal, que constituyen problemas de salud pública debido a su prevalencia e incidencia, la enfermedad periodontal presenta la principal causa entre los adultos. De acuerdo con el tipo de diente, los molares son extraídos principalmente por caries y los dientes anteriores por enfermedad periodontal. (pp. 264 – 265).

Considerando la información disponible en el sitio web Ruiz y Herrera⁶⁷ (2009) se pudo citar que:

Los ancianos son propensos a padecer enfermedades buco dentales, entre ellas la caries dental radicular, la leucoplasia, el cáncer bucal, las glosopatías atróficas y la xerostomía, así como las enfermedades del periodonto, las cuales constituyen la causa más importante de pérdida dentaria en este grupo de edades. (párr. 5).

⁶⁶Minaya-Sánchez, M., Medina-Solís, E., Casanova-Rosado, A., Casanova-Rosado J., Márquez-Corona, Ma. De Lourdes., Islas-Granillo, H., Islas-Márquez, A. (2010). Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm104c.pdf>

⁶⁷Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002009000300007&script=sci_arttext&tlng=en

2.5. Unidad de observación y análisis.

Pacientes mayores de 60 años atendidos en los subcentros de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

2.6. Variables.

Variables de estudio.

-Caries dental.

-Gingivitis.

-Periodontitis.

-Perdida dental.

2.7.1. Matriz de Operacionalización de las variables.

Ver anexo 2, p. 82

CAPÍTULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio epidemiológico descriptivo.

3.2. Tipo de investigación.

Estudio de corte transversal.

3.3. Métodos.

Se realizó una inspección clínica exhaustiva a la cavidad bucal con la finalidad de diagnosticar la presencia de las afecciones bucodentales en pacientes mayores de 60 años. Se utilizó una Matriz de hallazgos clínicos para determinar la presencia de gingivitis (Ver anexo 6), una ficha clínica de odontograma que se utilizó para determinar la presencia de caries y pérdidas dentales. (Ver anexo 4).

3.4. Técnicas.

Observación clínica: se realizó al universo de trabajo; que se constituyen de 80 pacientes mayores de 60 años; los cuales fueron los pacientes atendidos en los centros de salud.

3.5. Instrumentos.

-Matriz de hallazgos clínicos.

-Ficha periodontal.

-Ficha clínica de odontograma.

3.6. Población y muestra.

La población de estudio está conformada por los pacientes mayores de 60 años de edad que acuden a los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo, los cuales constituyen 80 pacientes.

3.7. Recursos.

3.7.1. Talento Humano.

-Investigadora.

-Tutora de tesis.

3.7.2. Materiales.

-Materiales de oficina.

-Impresiones.

-Fotocopias.

-Empastados.

3.7.3. Técnicos.

-Computadora.

-Internet.

-Pen drive.

-Cámara fotográfica.

3.7.4. Económicos:

La realización de la investigación tuvo un costo de \$588.06 dólares americanos, que serán financiados por la investigadora.

3.8. Criterios de la muestra.

3.8.1. Criterios de inclusión.

Pacientes mayores de 60 años que presentan:

- Caries.
- Gingivitis.
- Periodontitis.
- Pérdida Dentaria.

3.8.2. Criterios de exclusión.

Pacientes mayores de 60 años que presentan:

- Halitosis.
- Xerostomía.
- Enfermedades malignas.
- Enfermedades premalignas.
- Pacientes que no están de acuerdo con participar en la investigación.

3.9. Recolección de la información.

La información fue recopilada mediante fichas clínicas de pacientes atendidos en los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo. Se realizó inspección bucal en cada paciente atendido, utilizando una ficha clínica para recolectar datos sobre las afecciones bucales en pacientes mayores de 60 años.

3.10. Procesamiento de la información.

Con toda la información recolectada se confeccionaron bases de datos, Microsoft Excel 2010. Se calculó frecuencia de las variables de estudio así como los porcentajes de las mismas. Y los resultados se expresaron en tablas y gráficos.

3.11. Ética.

A todos los pacientes incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los que resultaron seleccionados o en su defecto con la aprobación de personas responsabilizadas con estos, para lo cual se confeccionó una planilla. Ver anexo 3, p. 84

CAPITULO IV

4. Análisis e interpretación de los resultados.

4.1. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas.

Cuadro 1

Distribución de pacientes mayores de 60 años por género.

Género.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Masculino.	33	41%
Femenino.	47	59%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.
Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 85

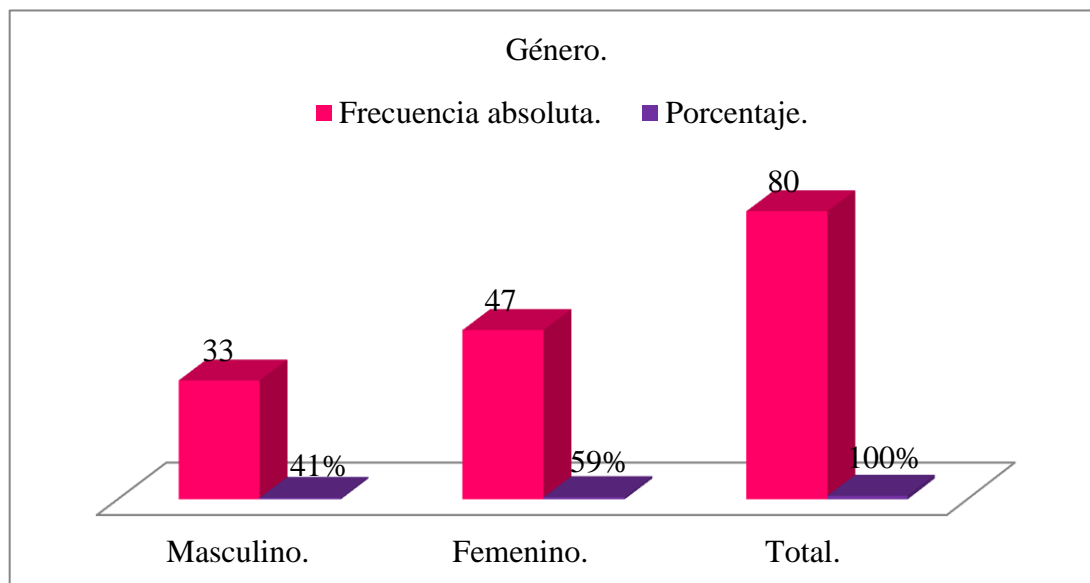


Gráfico No. 1. Género.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 38

Análisis e interpretación.

De los 80 pacientes investigados, 33 pertenecen al género masculino que corresponden al 41% y 47 son de género femenino que equivalen al 59% de la población investigada.

Cuadro 2

Distribución de pacientes por rango de edades.

Edad.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
60 Años.	46	58%
70 Años.	23	29%
80 Años.	11	14%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 85

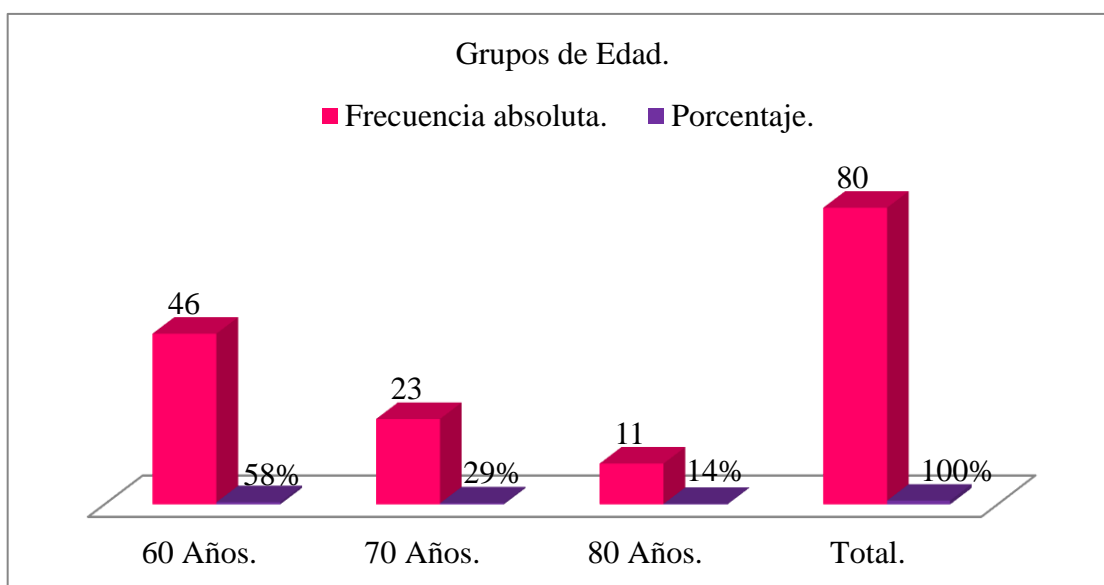


Gráfico No. 2. Grupos de edad.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 40

Análisis e interpretación.

De los 80 pacientes investigados, distribuidos en rangos de edades establecidos de 60 a 69 años encontramos 46 pacientes que corresponden al 58%; de 70 a 79 años encontramos 23 pacientes que corresponden al 29%; de 80 O más años 11 pacientes que corresponden al 14%.

Cuadro 3

Presencia de caries dentales.

Caries dentales.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Si.	62	78%
No.	18	23%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 85

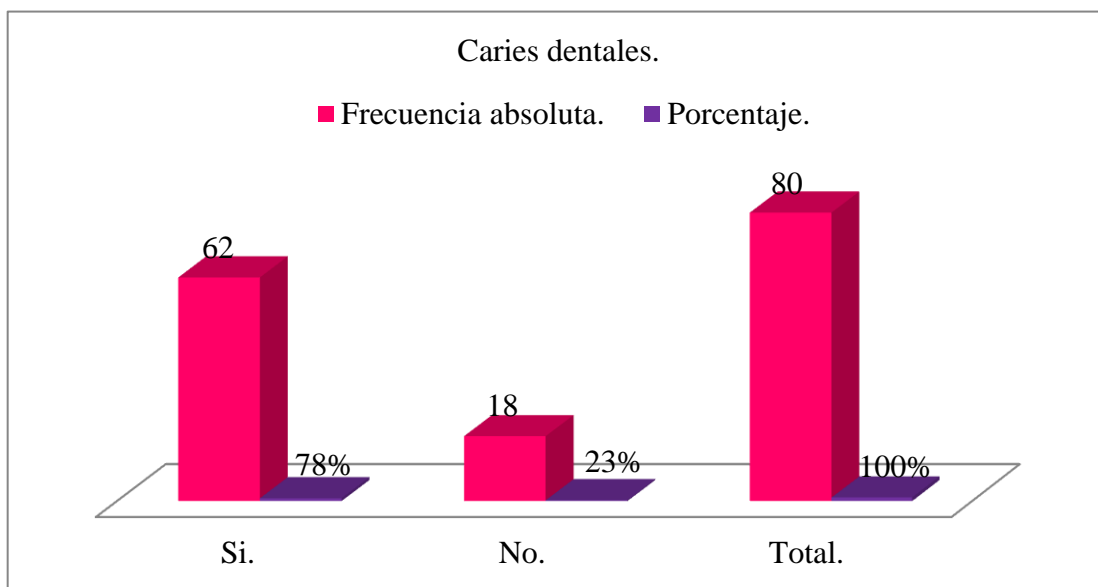


Gráfico No. 3. Caries dentales.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 42

Análisis e interpretación.

De los 80 pacientes investigados, 62 que corresponden al 78% presentan algún tipo de caries; mientras que 18 pacientes equivalentes al 23% no tienen caries.

Consultando la información disponible en el sitio web Cigales et. al.⁶⁸ (2011) se pudo conocer que:

La caries dental es una enfermedad infecciosa y multifactorial ampliamente extendida en el mundo. Ha sido y es la enfermedad crónica más frecuente del ser humano moderno considerada la de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. (p. 11).

⁶⁸Cigales, A., Chaviano, M., Sánchez, Z., García, M. (2011). Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de Diciembre. Jagüey Grande. Septiembre-diciembre 2007. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000400003&script=sci_arttext

Cuadro 4

Pérdida dental.

Perdida dental.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Si.	70	88%
No.	10	13%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 85

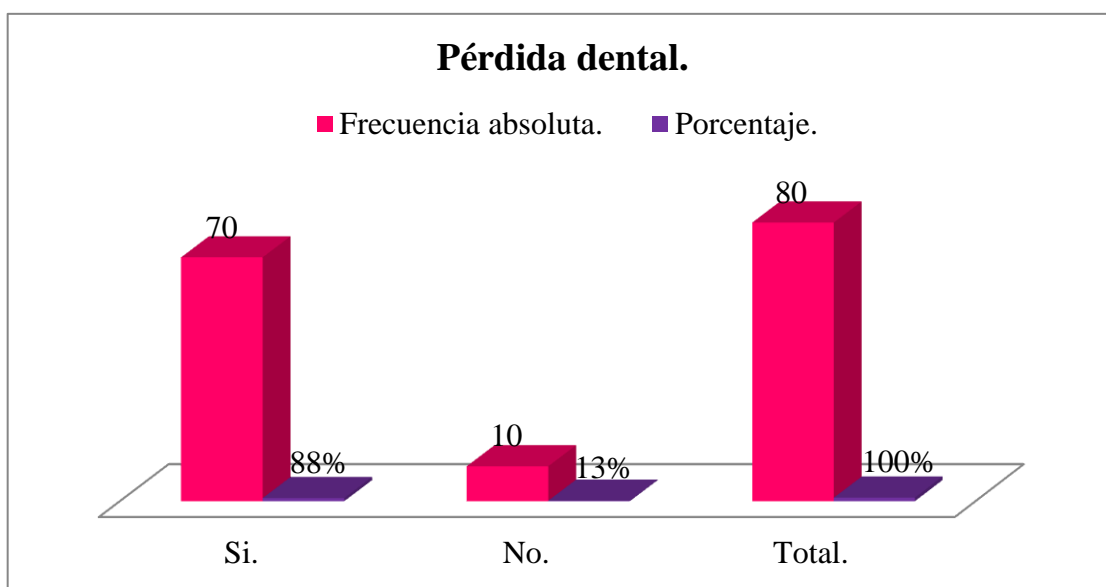


Gráfico No. 4. Pérdida dental.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 44

Análisis e interpretación

70 pacientes que corresponden al 88% presentan pérdida dental; mientras que 10 pacientes equivalentes al 13% no presentan pérdida dental.

Estudiado la información disponible en el sitio web Minaya et. al.⁶⁹ (2010) se pudo exponer que:

Uno de los retos de la odontología ha sido lograr la retención de los dientes naturales en la boca durante el mayor tiempo posible, debido a las consecuencias que puede tener su pérdida sobre las funciones biológicas y fisiológicas, y en los aspectos sociales y estéticos. De acuerdo con diversos autores, las principales causas de pérdida dental son a caries dental y la enfermedad periodontal, que constituyen problemas de salud pública debido a su prevalencia e incidencia, la enfermedad periodontal presenta la principal causa entre los adultos. De acuerdo con el tipo de diente, los molares son extraídos principalmente por caries y los dientes anteriores por enfermedad periodontal. (p. 30).

⁶⁹Minaya-Sánchez, M., Medina-Solís, E., Casanova-Rosado, A., Casanova-Rosado J., Márquez-Corona, Ma. De Lourdes., Islas-Granillo, H., Islas-Márquez, A. (2010). Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm104c.pdf>

Cuadro 5

Hallazgos clínicos de la encía: color.

Opciones.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Rosa coral.	33	41%
Rojizo.	7	9%
Rojo vinoso.	40	50%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 87

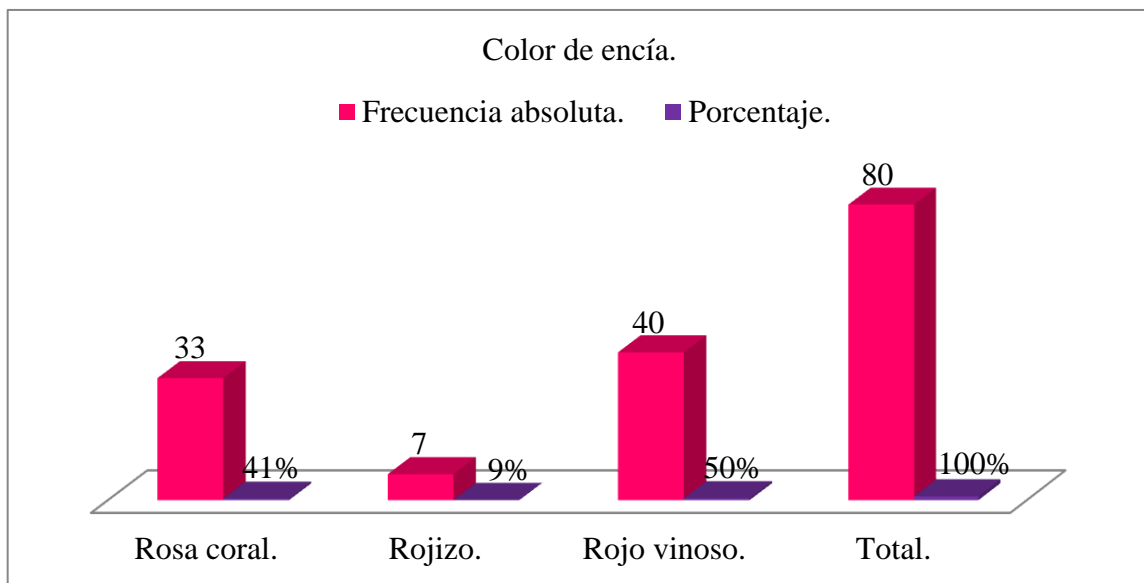


Gráfico No. 5. Color de encía.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 46

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y gráfico N° 5, según los hallazgos clínicos de la encía respecto al color, se analizaron tres alternativas, en los cuales se pudo determinar que 33 pacientes que corresponden al 41% presentan un color rosa coral, 7 pacientes correspondientes al 9% rojizo mientras que 40 pacientes que corresponden al 50% rojo vinoso.

Investigando a Carranza⁷⁰ (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y se pudo citar que:

Color: Generalmente el color de la encía insertada y marginal suele describirse como rosal coral y es producido por el suministro vascular, el grosor y grado de queratinización del epitelio y la presencia de células que contiene pigmentos. El color varía según las diferentes personas y se encuentra relacionada con la pigmentación cutánea. Es más clara en individuos de tez blanca que en individuos trigueños con cabello oscuro. La encía insertada está delimitada desde la mucosa alveolar adyacente en la región vestibular por medio de una línea mucogingival claramente definida. La mucosa alveolar es roja, uniforme y brillante, en lugar de rosa granulada. Una comparación entre la estructura microscópica de la encía insertada y de la mucosa alveolar explica la diferencia en el aspecto. El epitelio de la mucosa alveolar es más delgado, no está queratinizado y no contiene proyecciones epiteliales e interpapilares. El tejido conectivo de la mucosa alveolar es laxo y los vasos sanguíneos son más numerosos. (p. 22).

⁷⁰Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Cuadro 6

Hallazgos clínicos de la encía: Tamaño.

Opciones.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Normal.	24	30%
Edema.	21	26%
Hiperplasia.	35	44%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 87

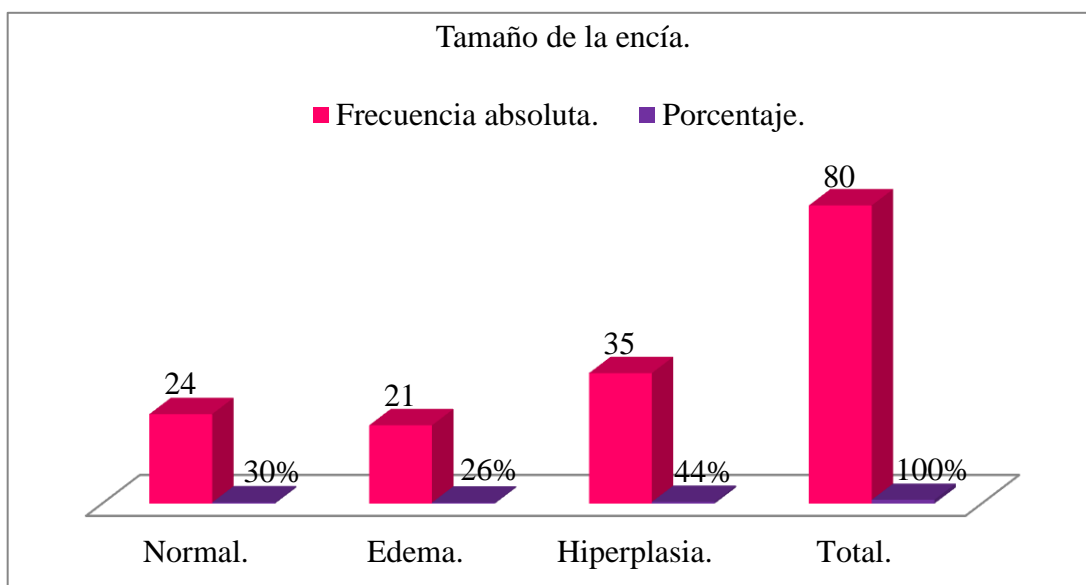


Gráfico No. 6. Tamaño de la encía.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 48

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y gráfico N° 6, según los hallazgos clínicos de la encía respecto al tamaño, se empleó tres alternativas, en los cuales se pudo determinar que 24 pacientes que corresponden al 30% presentan un tamaño normal, 21 pacientes correspondientes al 26% presenta edema mientras que 35 pacientes que corresponden el 44% presentan hiperplasia.

Consultando la obra de Carranza⁷¹ (2010) acerca del tamaño de la encía se pudo conocer que: “El tamaño de las encías es el correspondiente a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común en la enfermedad gingival” (p. 22).

⁷¹Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Cuadro 7

Hallazgos clínicos de la encía: Forma.

Opciones.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Festoneada.	19	24%
Recesión.	37	46%
Edematizada.	24	30%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 87

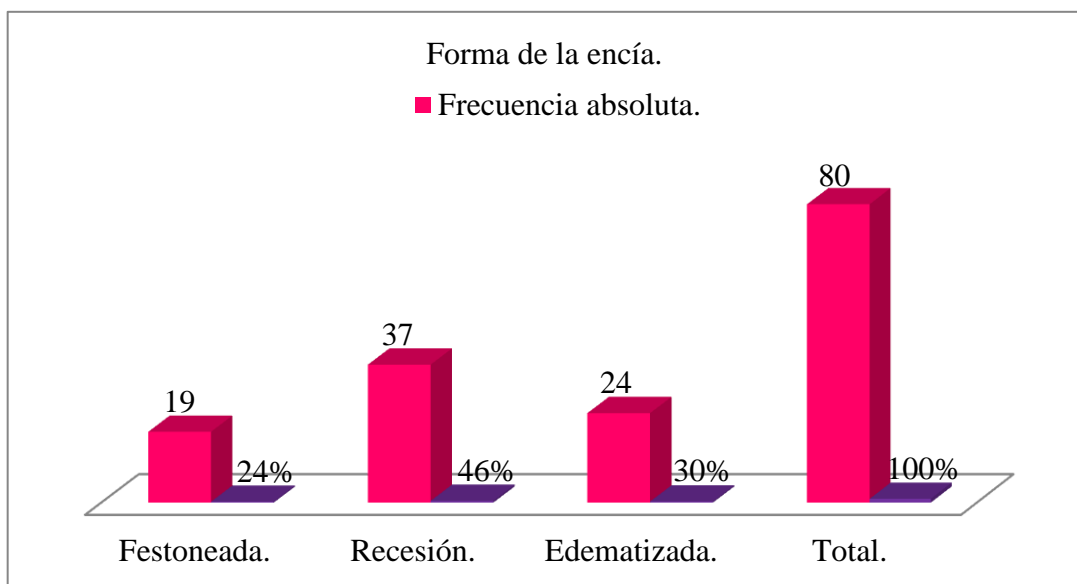


Gráfico No. 7. Forma de la encía.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 50

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y gráfico N° 7, según los hallazgos clínicos de la encía respecto a la forma, se empleó tres alternativas, en las cuales se pudo determinar que 19 pacientes que corresponden al 24% presentan una forma festoneada, 37 pacientes que equivalen al 46% presentan recesión y 24 pacientes que corresponden el 30% presentan una encía edematizada.

Analizando la obra de Carranza⁷² (2010) describe la siguiente característica clínica normal de la encía y se pudo citar que:

Forma: La forma de la encía interdental se determina con el contorno de la superficie dentales proximales y la ubicación y forma de los espacios interproximales de las coronas está relativamente planas en sentido vestíbulo lingual, las raíces se encuentran más juntas, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos en sentido mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que mesiodistal. Por el contrario, en superficies proximales que divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía de acuerdo con la ubicación del contacto proximal. Por tanto en la región anterior de la dentadura, la papila interdental tiene forma piramidal, mientras la papila está más aplanada en una dirección bucolingual en la región molar. (p. 22).

⁷²Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Cuadro 8

Hallazgos clínicos de la encía: Consistencia.

Opciones.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Dura.	34	43%
Firme.	14	18%
Blanda.	32	40%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 87

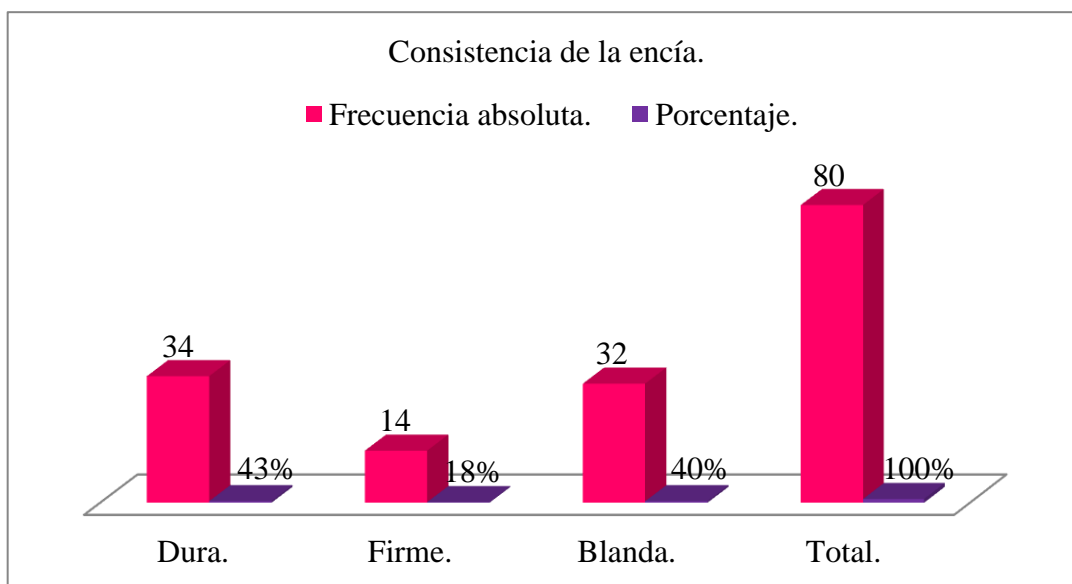


Gráfico No. 8. Consistencia de la encía.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 52

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y el gráfico N° 8, según los hallazgos clínicos de la encía respecto a la consistencia, se empleó tres alternativas, en los cuales se pudo determinar que 34 pacientes que corresponden al 43% presentan una consistencia dura, 14 pacientes equivalentes al 18% firme mientras que 32 pacientes que equivalen al 40% blanda.

Investigando la obra de Carranza⁷³ (2010) acerca de la consistencia se pudo referenciar que:

Consistencia: La encía es firme y elástica, excepto en el margen libre móvil, está fuertemente unida al hueso subyacente. La naturaleza colágena de la lámina propia y su continuidad mucoperiostio del hueso alveolar, determina la consistencia firme de la encía insertada. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza de este margen gingival. (p. 23).

⁷³Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.

Cuadro 9

Hallazgos clínicos de la encía: Sangrado.

Opciones.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
No sangra.	32	40%
Sangra al sondaje.	14	18%
Hemorragia.	34	43%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 87

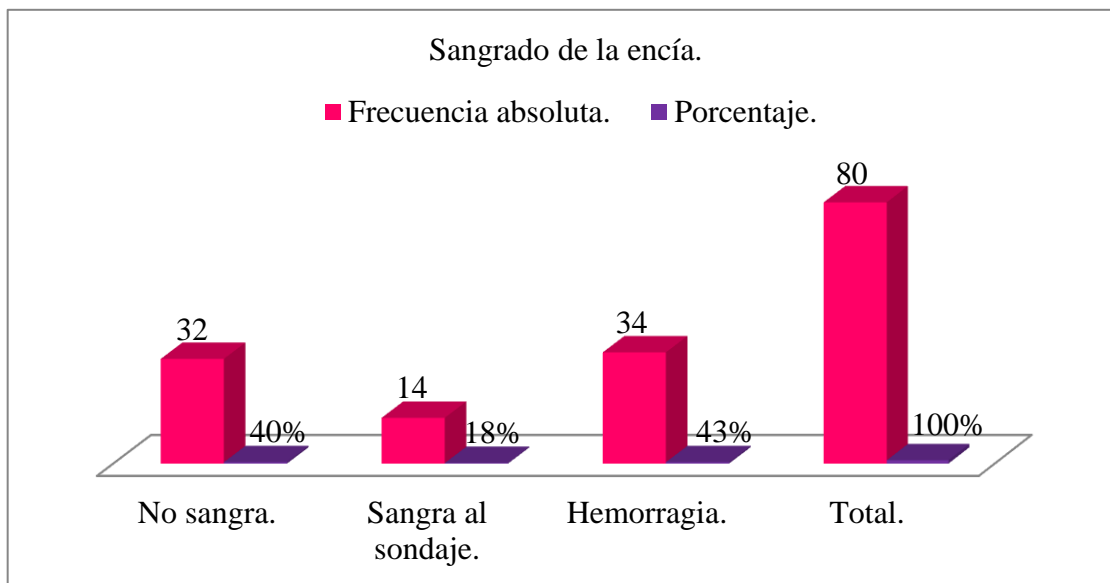


Gráfico No. 9. Sangrado de la encía.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 54

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro y el gráfico N° 9, según los hallazgos clínicos de la encía respecto al sangrado, se empleó tres alternativas, en los cuales se pudo determinar que 32 pacientes equivalentes al 40% no presentan sangrado, 14 pacientes que corresponden al 18% sangra al sondaje mientras que 34 pacientes que corresponden al 43% presenta hemorragia.

Según lo consultado a Eley et. al.⁷⁴ (2012) se pudo conocer que:

Sangrado Gingival: El sangrado gingival probablemente sea el síntoma más referido por los pacientes. Por desgracia, el sangrado gingival es tan frecuente que las personas no suelen atribuirle importancia e incluso lo consideran normal; sin embargo, a menos que el sangrado siga claramente a un episodio de traumatismo agudo, siempre representa un signo de patología, es más frecuente al cepillarse los dientes. El sangrado puede estar causado por consumir alimentos duros, manzanas, tostadas, etc., así como por el sondaje del surco gingival o bolsa durante la exploración periodontal. El sangrado en el sondaje, como se ha utilizado como signo de la actividad de la enfermedad, pero como se ha dicho no es un indicador fiable de la actividad de la patología, y puede constituir el resultado de un examen no juicioso. Cuando las encías son extremadamente finas y blandas, el sangrado puede aparecer de modo espontáneo. El paciente percibe el sabor de la sangre, que también se puede notar en el olor del aliento. Si la respuesta del tejido es de sobre crecimiento fibroso, no existe sangrado ni incluso con un cepillado de dientes fuerte. (p. 23).

⁷⁴Eley, B., Sorry, M., Manson, J. (2012). Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.

Cuadro 10

Gingivitis según su prevalencia.

Opciones.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Leve.	34	43%
Moderada.	4	5%
Severa.	42	53%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 87

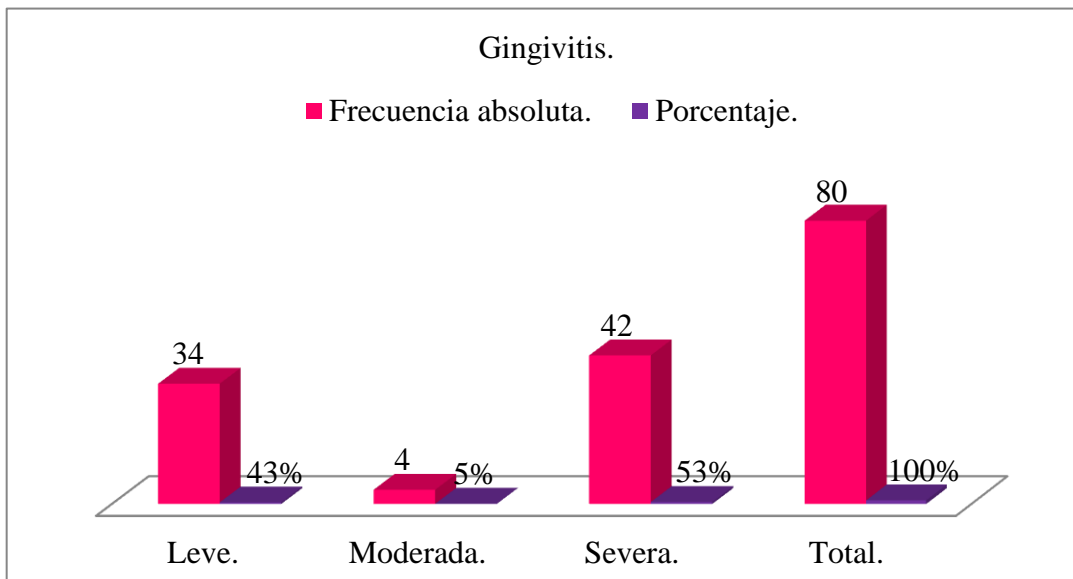


Gráfico No. 10. Gingivitis.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 56

Análisis e interpretación.

34 pacientes que corresponden al 43% presentan gingivitis leve, 4 pacientes equivalentes al 5% presentan gingivitis moderada, mientras que 42 pacientes que corresponden al 53% presentan gingivitis severa.

Analizando la obra de García⁷⁵ (2006) se puede citar que: “Es la inflamación que ocasiona molestias en la boca y sangrado, espontaneo o tras el cepillado de dientes. Generalmente está producida por un acumulo de sarro, alrededor o dentro de la encía, que ocasiona la inflamación de la misma” (p. 19).

⁷⁵García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.

Cuadro 11

Sondaje valores por cuadrantes.

Valores de sondaje.	Cuadrante 1	Cuadrante 2	Cuadrante 3	Cuadrante 4
1-3 mm.	44	50	56	45
4-5 mm.	16	14	14	19
6-7 mm.	8	3	4	7

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 86

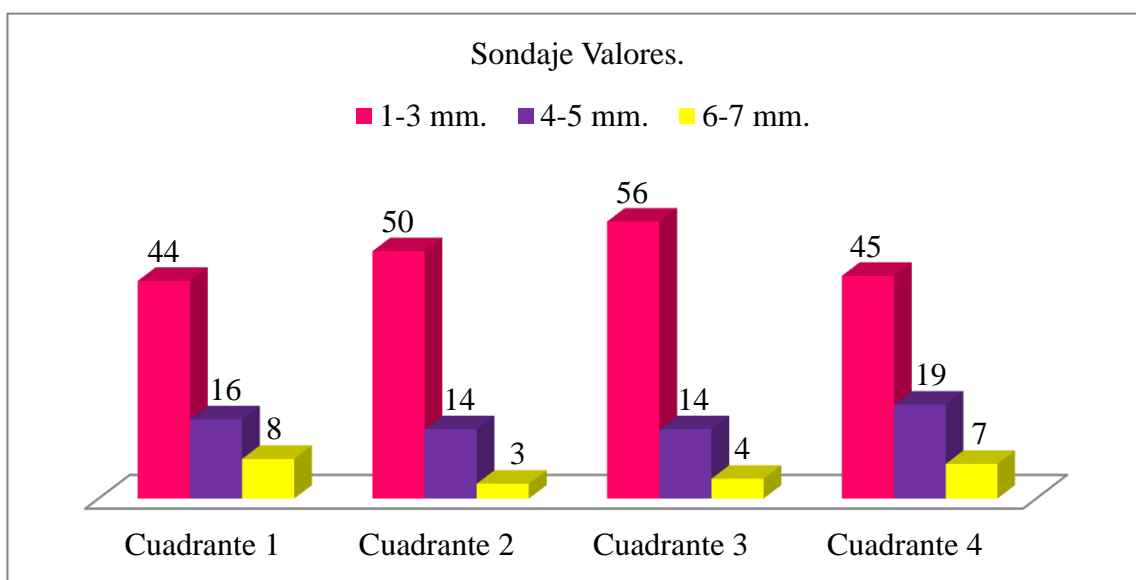


Gráfico No. 11. Sondaje valores.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 58

Análisis e interpretación.

En el valor del sondaje de 1-3mm se presentaron en 44 cuadrantes número 1, 50 cuadrantes número 2, 56 cuadrantes número 3 y 45 cuadrantes número 4.

En el valor del sondaje de 4-5mm se presentaron en 16 cuadrantes número 1, 14 cuadrantes número 2, 14 cuadrantes número 3 y 19 cuadrantes número 4.

En el valor del sondaje de 6-7mm se presentaron en 8 cuadrantes número 1, 3 cuadrantes número 2, 4 cuadrantes número 3 y 7 cuadrantes número 4.

Considerando la obra de Barrancos⁷⁶ (2006) se pudo referenciar que:

Es la distancia que existe entre el margen gingival y la zona hasta donde penetra la sonda en el epitelio de unión. La profundidad promedio de sondaje es de entre 1 y 4 mm y es mayor en la zona proximal que en las caras libres.

La sonda se coloca lo más paralelamente posible al eje mayor del diente y se introduce con suave presión, en sentido apical, en el surco gingivoperiodontal. Se debe detener al hallar resistencia.

El registro de la profundidad al sondaje debe efectuarse en las cuatro caras de todos los dientes presentes. Cuando la profundidad al sondaje es más de 4 mm, estamos en presencia de sitios de riesgo pues son lugares que pueden albergar bacterias periodontopáticas. (p. 28).

⁷⁶Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Cuadro 12

Movilidad dentaria por cuadrantes.

Movilidad.	Cuadrante 1	Cuadrante 2	Cuadrante 3	Cuadrante 4
Grado 0.	38	46	43	47
Grado 1.	16	14	22	19
Grado 2.	8	2	5	3
Grado 3.	6	5	4	2

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 86

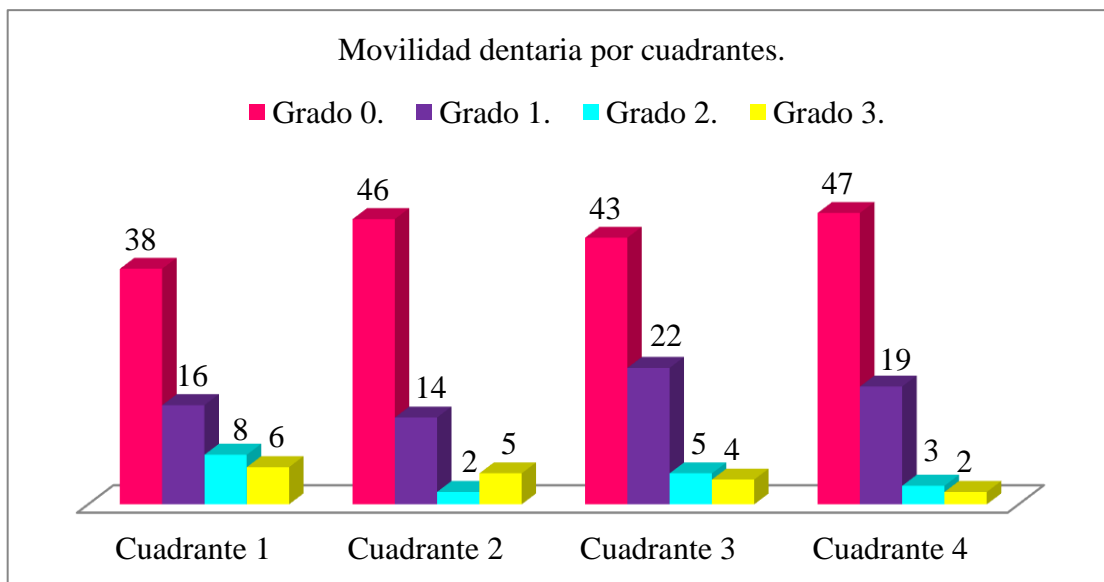


Gráfico No. 12. Movilidad dentaria por cuadrantes.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 60

Análisis e interpretación.

Se presentó movilidad grado 0 en 38 cuadrantes número 1, 46 cuadrantes número 2, 43 cuadrantes número 3 y 47 cuadrantes número 4.

Se presentó movilidad grado 1 en 16 cuadrantes número 1, 14 cuadrantes número 2, 14 cuadrantes número 3 y 19 cuadrantes número 4.

Se presentó movilidad grado 2 en 8 cuadrantes número 1, 2 cuadrantes número 2, 5 cuadrantes número 3 y 3 cuadrantes número 4.

Se presentó movilidad grado 3 en 6 cuadrantes número 1, 5 cuadrantes número 2, 4 cuadrantes número 3 y 2 cuadrantes número 4.

Analizando la obra de Coelho et. al.⁷⁷ (2011) se pudo conocer que:

La evaluación de presencia o ausencia de la movilidad dentaria es realizada a través del examen clínico periodontal, siendo la misma clasificada en diferentes grados de acuerdo con el movimiento del diente. Se reconoce, además, el grado de dificultad para medirla. Según la literatura, existen dos métodos para su evaluación: el método manual, de forma bidigital, realizado por medio de los mangos de dos instrumentos, siendo uno puesto en el vestibular y el otro en el lingual o palatina, cuando los dientes son movidos a un lado y al otro, o unidigital, cuando el dedo es presionado en la faz vestibular con el paciente ocluyendo, movimiento dentario conocido por "frémite", aplicado para verificar interferencias oclusales. El segundo método es a través de dispositivos mecánicos que miden electrónicamente la resistencia del periodonto a un bastón en velocidad y aceleración constantes, siendo aplicado en pesquisas para evaluar la movilidad antes y después del tratamiento periodontal. (p. 26).

⁷⁷Coelho Soares, R.; Santos Gusmão, E.; Cimões, R.; Santos da Silva, L.; Lourenço Moreira, R.; Carneiro da Silva, V.; De Carvalho Farias, B. (2011) Movilidad dentaria en la periodontitis crónica. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art10.asp>

Cuadro 13

Recesión por cuadrantes.

Recesión.	Cuadrante 1	Cuadrante 2	Cuadrante 3	Cuadrante 4
Si.	43	41	45	39
No.	25	26	19	32

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 86

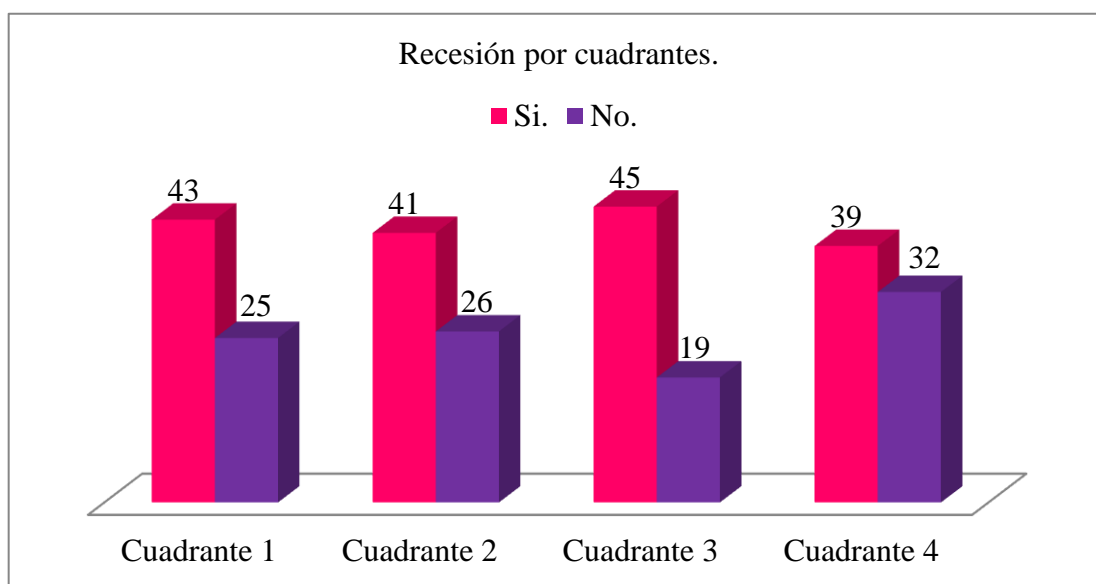


Gráfico No. 13. Recesión por cuadrantes.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 62

Análisis e interpretación.

Se presentó recesión en 43 cuadrantes número 1, 41 cuadrantes número 2, 45 cuadrantes número 3 y 39 cuadrantes número 4.

No se presentó recesión en 25 cuadrantes número 1, 26 cuadrantes número 2, 19 cuadrantes número 3 y 32 cuadrantes número 4.

Investigando la obra de Sanchez et. al.⁷⁸ (2006) se pudo conocer que:

La recesión es la exposición de la superficie radicular por la migración apical de la encía. La recesión se refiere a la posición de la encía, no a su condición.

Las recesiones gingivales son en numerosas ocasiones motivo de la consulta, por las implicaciones estéticas que conllevan. Aunque se reconocen fácilmente, precisan de una exploración exacta para el registro de datos. Se mide con la sonda periodontal, en milímetros, desde la línea amelocementaria hasta el margen gingival. Las recesiones se deben explorar no solamente a nivel vestibular, sino también a nivel palatino y lingual. (p. 29).

⁷⁸Sánchez Pérez, A., Saura Pérez, M., Moya Villaescusa, M. (2006). Manual de prácticas de Periodoncia: 4º de Odontología, Clínica Odontológica Universitaria. (1 ed.). Universidad de Murcia, Reino de España. Servicio de Publicaciones.

Cuadro 14

Presencia de furca por cuadrantes.

Furca.	Cuadrante 1	Cuadrante 2	Cuadrante 3	Cuadrante 4
Si.	5	3	5	3
No.	63	64	69	68

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 86

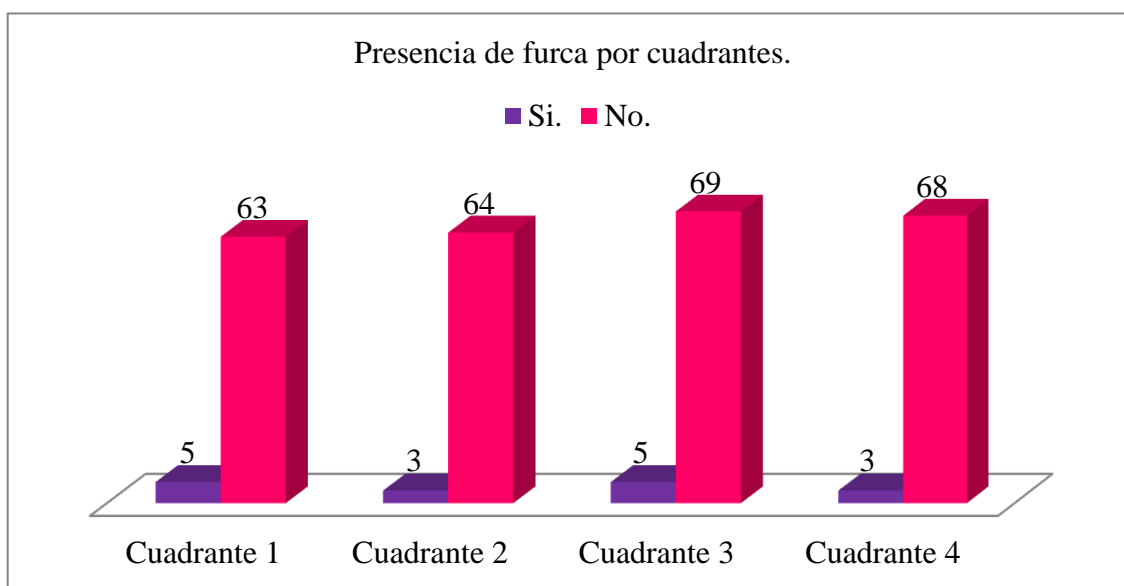


Gráfico No. 14. Presencia de furca por cuadrantes.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 64

Análisis e interpretación.

Se presentó furca en 5 cuadrantes número 1, 3 cuadrantes número 2, 5 cuadrantes número 3 y en 3 cuadrantes número 4.

No se presentó furca en 63 cuadrantes número 1, 64 cuadrantes número 2, 69 cuadrantes número 3 y en 68 cuadrantes número 4.

Estudiando la obra de Barrancos⁷⁹ (2006) se pudo citar que:

Cuando se pierde inserción en la zona interradicular de los dientes posteriores y esta zona queda expuesta a la bolsa periodontal, estamos en presencia de una lesión de furcación.

Para diagnosticarla usaremos una sonda especial llamada de Nabers, o en su defecto podemos usar una sonda común o un explorador.

Ramfjord y Ash clasificaron las lesiones de furcación de la siguiente manera:

-Clase I: afecta el tejido involucrado solo alrededor de la furcación.

-Clase II: la pérdida ósea se extiende más de 2 mm en sentido horizontal dentro de la furcación pero no alcanza el otro lado (aún queda pared ósea).

-Clase III: la pérdida de inserción permite el pasaje de lado a lado de la sonda. (p. 29).

⁷⁹Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Cuadro 15

Periodontitis.

Opciones.	Frecuencia absoluta.	Porcentaje.
Si.	23	29%
No.	57	71%
Total.	80	100%

Nota: Ficha clínica realizada a pacientes mayores de 60 años de los subcentros Los Ángeles de Colón y Colón de la Parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis. Anexos, p. 86

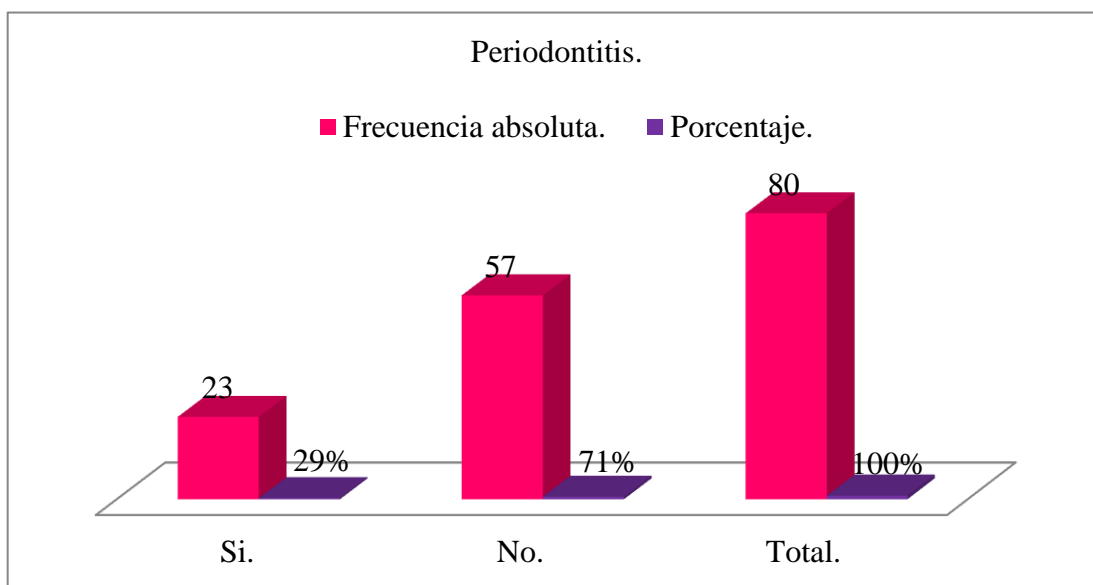


Gráfico No. 15. Periodontitis.

Realizado por autora de esta tesis. Fuente: Cap. IV, p. 66

Análisis e interpretación.

De los 80 pacientes investigados 23 equivalentes al 29% presentan enfermedad periodontal mientras que 57 pacientes que corresponden al 71% no presentan enfermedad periodontal.

Examinando la información disponible en el sitio web Castaño et. al.⁸⁰ (2008) se conoció que:

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso de la encía y del aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra y subgingival.

Esta enfermedad, a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por una pérdida estructural del aparato de inserción, producida por determinadas bacterias, éstas son también necesarias pero no suficientes para que se produzca la enfermedad, siendo necesaria la presencia de un hospedador susceptible. (p. 24).

⁸⁰Castaño, E., Perea, M., Bascones, A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones.

-La prevalencia de la enfermedad periodontal fue de un 31% esta es una de las alteraciones predominantes en el adulto mayor debido a factores relacionados con la mala higiene bucal.

-Existe un alto índice de caries dental representado por el 78% en este grupo poblacional, y se determinó que esta es la principal causa de pérdida dentaria.

-La gingivitis también tuvo su predominio, siendo la gingivitis severa la que más incidencia obtuvo con un 53% en la población investigada.

-Se pudo observar que la mayor afección odontológica que posee este grupo poblacional es la pérdida dentaria con un 88% de la población investigada.

5.2. Recomendaciones

-Los subcentros de salud de la parroquia Colón deberían realizar campañas de salud bucal dirigidos a pacientes mayores de 60 años, para concientizarlos sobre la importancia de la consulta odontológica preventiva, la técnica de cepillado, para promover el bienestar en la salud oral.

-Se aconseja que sigan una higiene adecuada para evitar la acumulación de placa bacteriana y así evitar la formación del sarro dental y de esta manera contribuir a que los tejidos gingivales estén sanos.

-Se aconseja que para evitar la pérdida de las piezas dentales, los pacientes se preocupen por restaurarse las piezas dentales afectadas con caries dentales.

-Se recomienda que los pacientes acudan a citas periódicas al consultorio dental, para la prevención de patologías bucales y realización de tratamientos necesarios.

CAPITULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos Informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Mejoramiento de la salud bucal en los pacientes mayores de 60 años que acuden a los subcentros, los Ángeles de Colón y Colón mediante una campaña informativa sobre las afecciones bucales más frecuentes en pacientes de tercera edad.

6.1.2. Periodo de ejecución.

La ejecución de la propuesta se realizara del 16 al 20 de junio del 20014.

6.2.3. Descripción de los beneficiarios.

Directos.

Los pacientes mayores de 60 años que acuden a los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo, los cuales tendrán nuevos conocimientos y mejores métodos para mantener una buena salud bucal.

Indirectos.

Lo conforman el personal de trabajo de los subcentros de salud de la parroquia Colón, ya que ellos también recibirán información sobre las afecciones más frecuentes en pacientes mayores de 60 años.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

La propuesta será ejecutada en los subcentros “Los Ángeles de Colón” y “Colón” de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

6.2. Introducción.

La propuesta se realizó en los subcentros de salud de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo. tiene como objetivo incentivar y fomentar valores de salud bucal, de manera que se realizó charlas educativas en los respectivos subcentros acerca de las manifestaciones bucales que se presentan en los adultos mayores, como prevenirlas, y como deben ser tratadas una vez terminadas las charlas los pacientes hicieron conocer sus interrogantes a base de preguntas que durante la charla fueron discutidos y respondidas.

6.3. Justificación.

De acuerdo a la investigación se ha podido observar que existe un alto índice de afecciones bucales en los pacientes mayores de 60 años con elevadas incidencias de caries, perdidas dentarias y en un menor grado enfermedades periodontales y gingivales. La salud general y la salud bucal deben ser aspectos a considerar y mucho más en edades avanzadas donde existe una disminución en la respuesta inmunitaria con relación a las alteraciones que puedan presentarse en los adultos mayores, por tal motivo esta investigación indica que existen afecciones que causan desequilibrio en la salud bucodental.

Se propuso realizar un mejoramiento en la salud bucal y así tratar de disminuir las afecciones bucales, realizando las respectivas visitas al odontólogo para los tratamientos

respectivos con relación a la afección bucodental que presente cada adulto mayor. Es muy importante que estos pacientes conozcan mediante charlas las alteraciones que pueden estar presentes en su cavidad bucal cuando están en edades mayores.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo General.

-Identificar las condiciones de la salud bucal de los pacientes “Los Ángeles de Colón” y “Colón” de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

6.4.2. Objetivos Específicos.

-Concientizar a los pacientes sobre el estado de salud que presentan.

-Incentivar a los pacientes para que acudan a la consulta odontológica permanentemente para la realización de los tratamientos necesarios.

6.5. Fundamentación teórica.

La propuesta consiste en desarrollar charlas educativas dirigidas a los pacientes mayores de 60 años que acuden a los subcentros “Los Ángeles de Colón” y “Colón” de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo. Con la finalidad de brindar conocimientos relacionados con las afecciones bucales que se presentan en los adultos mayores, de esta manera motivar a la población investigada a que acudan a la consulta odontológica de modo permanente para mejorar su estado de salud bucal.

Además de las charlas se entregará a los pacientes trípticos educativos los cuales deben contener puntos relacionados con la tercera edad, infecciones de salud bucal, los cuales servirán como vía didáctica para los involucrados.

6.6. Cronograma de Actividades.

Actividades.	Junio.				
	16	17	18	19	20
Reunión con los directores de los subcentros “Los Ángeles de Colón” y “Colón” de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.					
Elaboración de un cronograma de trabajo.					
Charlas a los pacientes sobre conocimientos relacionados con las afecciones bucales que se pueden presentar en los adultos mayores.					
Entrega de Gigantografías.					

Nota: Cronograma de actividades.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

6.7. Recursos.

6.7.1. Humanos.

-Autor de tesis.

-Autoridades de los subcentros.

6.7.2. Tecnológicos.

-Computadora.

-Pen drive.

-Impresora.

6.7.3. Materiales.

-Trípticos.

-Gigantografías.

6.7.4. Financieros.

La propuesta fue financiada en totalidad por el investigador.

6.8. Presupuesto.

Rubros:	Cantidad:	Valor unitario:	Costo total:	Fuente financiera:
Trípticos.	80	\$ 0.30	\$ 24.00	Autor
Gigantografías.	2	\$ 22.00	\$ 44.00	Autor
Total:	\$ 68.00	Autor

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Academia italiana di conservativa. (2010). Odontología Restauradora. Barcelona, Reino de España: Elsevier Masson.
- 2-Barceló Canto, E. B. (2010). Odontología para bebés: Estrategia de prevención. México D. F., Estados Unidos Mexicanos: Trillas editorial.
- 3-Barrancos, M. (2006). Operatoria dental. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.
- 4-Bordoni, N., Escobar Rojas, A., y Castillo Mercado, R. (2010). Odontología pediátrica. Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.
- 5-Bottino, M. (2008). Nuevas tendencias 4: Periodoncia. Ciudad de Sao Paulo, República Federativa de Brasil: Editorial Artes Médicas Ltda.
- 6-Carranza, F. C. (2010). Periodontología clínica. México D.F., Estados Unidos Mexicanos: MC Graw Hill.
- 7-Castillo Mercado, R., et al. (2011). Estomatología pediátrica. Madrid, Reino de España: Ripano.
- 8-Echeverría García, J y Echeverría Manau, A. (2007). Manual de Periodoncia. Reino de España: Editorial Ergon.
- 9-Colgate., Genco, R., Williams, R. (2011). Enfermedad Periodontal y salud general: Una guía para el Clínico. República de Colombia: Colgate Producción gráfica Editores S.A.
- 10-Cuenca, E. Baca, P. (2005). Odontología preventiva y comunitaria: Principios, métodos y aplicaciones. (3ª ed.) Barcelona, Reino de España: Masson, S.A.

- 11-Cuniberti de Rossi y Guillermo Rossi. (2009). Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro. (1 ed.). Buenos Aires, Republica de Argentina. Medica Panamericana.
- 12-Eley, B., Soory, M., Manson, J. (2012).Periodoncia. (6 ed.). Reino de España: Editorial Elsevier España, S.L.
- 13-García, C. (2006). Boca Sana Consejos para el mantenimiento y mejora de la salud buco - dental. Ciudad de Madrid, Reino de España: Editorial Ripano, S.A.
- 14-Langlais, R., Miller, C., Niel – Gehrig, J (2012). Atlas a color de enfermedades bucales. (1 ed.). Republica de México: Editorial el Manual Moderno, S.A.
- 15-Marsh, P. D., y Martin, M. V. (2011). Microbiología oral. (5ª ed.). República Bolivariana de Venezuela: Amolca.
- 16- Masioli, M. A. (2013). Odontología restauradora de a la A a la Z. Rio de Janeiro, República Federativa del Brasil: Editora Ponto Ltda.
- 17-Nocchi, E. (2008). Odontología restauradora: Salud y estética. (2 ed.). Ciudad de Buenos Aires, República de Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- 18-Ross, Michael H. y Pawlina, W. (2008). Histología. Texto y atlas color con Biología Celular y Molecular. (5ª ed.) Buenos Aires, República de Argentina. Editorial Médica Panamericana S.A.
- 19-Sánchez Pérez, A., Saura Pérez, M., Moya Villaescusa, M. (2006). Manual de prácticas de Periodoncia: 4º de Odontología, Clínica Odontológica Universitaria. (1 ed.). Universidad de Murcia, Reino de España. Servicio de Publicaciones.
- 20-Saete Nahas, M., Schmitt, R., Kim, S. (2009).Salud bucal del bebé al adolescente. Sao Paulo, República Federativa del Brasil: Santos editora.

21-Velayos, J. (2007). Anatomía de la cabeza: para odontólogos. (4ª ed.). Madrid, Reino de España. Editorial médica Panamericana S.A.

Sitios web consultados.

22-Castaño, E., Perea, M., Bascones, A. (2008). Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext

23-Cigales, A., Chaviano, M., Sánchez, Z., García, M. (2011). Comportamiento epidemiológico de urgencia por caries dental. Policlínico Universitario 7 de Diciembre. Jagüey Grande. Septiembre-diciembre 2007. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000400003&script=sci_arttext

24-Coelho Soares, R.; Santos Gusmão, E.; Cimões, R.; Santos da Silva, L.; Lourenço Moreira, R.; Carneiro da Silva, V.; De Carvalho Farias, B. (2011) Movilidad dentaria en la periodontitis crónica. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2011/4/art10.asp>

25-García, Y., Abreu, J., García, M., Morales, O (2011). Salud bucal en pacientes del hogar de ancianos “Francisca Navia”. Isla de la Juventud 2011 (2011). [En línea]. Consultado: [09, mayo, 2014] Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/42/91>

26-García, J., Trujillo, P., Silvia, A., Sixto, M., Crespo, C. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la clínica Ormani Arenado (2011). [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>

27-González, R., M., Madrazo, D., Osorio, M. (2013). Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en:

<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/138/32>

28-Hernández, C., González, B., Yero, I., Rivadeneira, A. (2013). Caries dental y la higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. Área Norte Sancti Spíritus. (2010). [En línea]. Consultado: [02, mayo, 2014] Disponible en:

<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/212/163>

29-Llarena, C., (2012). Tratamiento multidisciplinar en el paciente anciano. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en:

http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Protesis_Dental/48.pdf

30-Minaya-Sánchez, M., Medina-Solís, E., Casanova-Rosado, A., Casanova-Rosado J., Márquez-Corona, Ma. De Lourdes., Islas-Granillo, H., Islas-Márquez, A. (2010). Pérdida de dientes y variables del estado periodontal asociadas en hombres policías adultos [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm104c.pdf>

31-Rangel, J., García, G., Quintana, M., Gutiérrez, M., Gutiérrez, N. (2009). Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. [En línea]. Consultado:

[02, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100004&script=sci_arttext

32-Ruiz, H., Herrera, A. (2009). La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. [En línea]. Consultado: [08, mayo, 2014] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403002009000300007&script=sci_arttext&lng=e

[n](#)

Anexos:

Anexo 1

Cuadro 16

Cronograma.

Actividad.	Horas.	Fecha.
Taller de titulación.	120 horas.	10 junio – 16 septiembre del 2013.
Trabajo con los especialistas del area de competencia del proyecto.	80 h0ras.	25 octubre 2013 (30 días).
Entrega de proyectos.	-----	05-20 diciembre del 2013.
Revision de proyectos por lectores.	2 horas.	2-10 enero 2014 (15 días).
Sustentacion de proyectos.	1 hora.	13-14 de enero del 2014 (2 días).
Correcciones.	10 horas.	14 enero al 28 febrero de 2014 (30 días).
Discrepancia miembros Dirime directos carrera (aprobación).	-----	03-05 de marzo del 2014 (72 horas).
Entrega de proyecto final.	-----	. 05-06 de marzo del 2014.
Oficios aprobación proyectos.	-----	24 -25- 26 febrero 2014

Designación tutor.	-----	1 día 06-07 marzo del 2014.
Acompañamiento al desarrollo de tesis.	50 horas (10 horas semanales, 2 presenciales y 8 autónomas).	Del lunes, 10 de marzo hasta el viernes, 06 de junio del 2014.
Entrega de borradores de tesis.	-----	Lunes, 09 de junio del 2014.
Designación de lectores.	-----	Miércoles, 11 de junio del 2014.
Entrega de oficios y tesis a los lectores.	-----	Viernes, 13 de junio del 2014.
Revisión de tesis por parte de lectores.	2 horas.	Desde el lunes, 16 de junio al viernes, 18 de julio del 2014.
Entrega de informe de lectores.	-----	Lunes, 21 de julio del 2014.
Predefensa de tesis.	1 hora.	Desde el martes, 22 de julio hasta el viernes, 01 de agosto del 2014.
Entrega de borradores de tesis corregidas.	-----	Desde el miércoles, 23 de julio hasta el miércoles, 06 de agosto del 2014.
Revisión gramatical y control	1 hora.	Desde el lunes, 11 de agosto

antiplagio.		hasta el viernes, 22 de agosto del 2014.
Entrega de carpeta con documentación.	-----	Desde el lunes, 18 de agosto hasta el viernes, 22 de agosto del 2014.
Sustentación de tesis.	1 hora.	Desde el lunes, 25 de agosto hasta el viernes, 05 de septiembre del 2014.
Incorporación.	-----	Sábado, 13 septiembre del 2014.

Nota: Cronograma de tesis.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 2

Cuadro 17

Operacionalización de las variables.

Variables.	Tipo de variable.	Escala.	Descripción.	Indicador.
Edad.	Cuantitativa. Continua.	60 a + años.	Según años cumplidos hasta el momento del estudio.	Número absoluto y porcentaje.
Sexo.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.	1 = Masculino. 2 = Femenino.	Según sexo biológico.	Número absoluto y porcentaje.
Gingivitis.	Cualitativa. Nominal. Politómica.	0 = Leve. 1 = Moderada. 2 = Grave.	Inflamación leve: cambio leve de color y edema ligero; sin hemorragia al sondeo. Inflamación moderada: Enrojecimiento, edema y brillo; hemorragia al sondeo. Inflamación grave: enrojecimiento y edema intensos; ulceración; tendencia a la hemorragia espontanea.	Número absoluto y porcentaje.
Periodontitis.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.	Presencia. Ausencia.	Presencia: Sondaje periodontal mayor a 4. Ausencia: Sondaje periodontal menor a 3.	Número absoluto y porcentaje.
Caries.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica	Presencia. Ausencia.	Piezas dentales cariadas.	Número absoluto y porcentaje. Número

Perdidas Dentarias.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.	Presencia. Ausencia.	Piezas dentales perdidas.	absoluto y porcentaje.
------------------------	---	-------------------------	---------------------------	---------------------------

Nota: Operacionalización de variables.
Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 3

Planilla de consentimiento informado

Yo, _____

Con residencia

en _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: “Afectaciones de la salud bucal en pacientes mayores de 60 años de edad del “Los Ángeles de Colón”, de la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo.

La egresada Diana Karolina Rodríguez Rivadeneira investigadora del presente estudio, me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirarme libremente. He tenido la oportunidad de hacer al investigador preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

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

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por los investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y firma del investigador:

Nombre y firma del participante:

Diana Karolina Rodríguez Rivadeneira

Participante

Anexo 4

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA
			M	F	

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO												DESCRIBIR LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO			
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS								
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORD. FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS												

6 ODONTOGRAMA

SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

Caries O Restaurac. / Retos radic. F Corona C Prótesis remov. U U Prótesis total □
 Sellante * Extracción X Ausente Δ Trat. endodon. I Prótesis fia. 0-0

Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL											CARIES			
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				PLACA	CALCULO	GINGIVITIS	ENF. PERIODONTAL	MALOCCLUSION	FLUOROSIS	D	C	P	O	TOTAL
PIEZAS				0-1-2-3-9	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGLE I	LEVE		d	c	e	o
16	17	55												
11	21	51												
26	27	65												
36	37	75												
31	41	71												
46	47	85												
TOTALES														

Grafico No. 16. Ficha clínica de odontograma.
 Fuente: Ministerio de Salud pública.

Anexo 5

FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

DIAGNÓSTICO	11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

DIAGNÓSTICO	31	32	33	34	35	36	37	38	41	42	43	44	45	46	47	48
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

Grafico No. 17. Ficha periodontal.

Fuente: Clínicas Odontológicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Anexo 6

Cuadro 18

Matriz de hallazgos clínicos de la encía.

Hallazgos clínicos de la encía.			N° Historia Clínica.		
Color.	Rosa coral.		Rojizo.		Rojo vinoso.
Tamaño.	Normal.		Edema.		Hiperplasia.
Forma.	Festoneada.		Recesión.		Edematizada.
Consistencia.	Dura.		Firme.		Blanda.
Sangrado.	No sangra.		Sangra al sondaje.		Hemorragia.

Nota: Matriz de hallazgos clínicos de la encía.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 7

Cuadro 19

Presupuesto.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.	Fuentes de financiamiento.	
					Autogestión.	Aporte Externo.
Anillados	7	Unidad.	2	14	14	
Impresiones	6	Unidad.	0.10	0.60	0.60	
Fotocopias	1500	Unidad.	0.03	45	45	
Empastados.	5	Unidad.	10	50	50	
Guantes estériles.	6	Caja x 50	8	48	48	
Mascarillas.	6	Caja x 50	4	24	24	
Sondas periodontales.	10	Unidad.	5	50	50	
Regla milimetrada.	10	Unidad.	2	20	20	
Espejos bucales.	10	Unidad.	1.50	15	15	
Campos estériles.	150	Unidad.	1	15	15	

Viáticos.	40	Dólares.	5	200	200	
Internet mes.	50	Horas.	1	50	50	
Materiales de oficina.	14	Unidad.		3	3	
Subtotal				449.60	534.60	
Imprevistos 10%				44.96	53.46	
Total.					588.06	

Nota: Presupuesto..

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 8

Cuadro 20

Base de datos de gingivitis y periodontitis.

H. Clínica.	Ficha de diagnóstico y pronóstico.								Enfermedad.	
	Gingivitis.				Periodontitis.				Periodontal.	
	1	2	3	4	1	2	3	4	G.	P.
1	15,18	23,28	33	43,48		24,25	37,38	44,45	x	
2			31,32,33,34,35	41,42,43,44,45					x	
3	13	23	32,34,38	42,48	11,12,14	21,22,24	31,33,35,36,37	41,43,44,45,45,47		x
4										
5	13,18	25	31,32,38	41,43,44,47,48	14	23,27,28	33,34	45	x	
6	11,12,14	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,35,36,37	41,42,43,44,45,47,48					x	
7			31,32,33,37,38	41,42,43,44,45,46					x	
8	11,12,13,14,15	21,22,23,24,28							x	
9	15,16,17	25,28	31,32,33,35	41,42,44,45	18		38	43,48	x	
10			31,32,34	42,43			33,35	44,45	x	
11	18		33,34,35	41,42,43,45,47		28	31,38	44,46,48	x	
12				45	18	22,23,24,28	31,32,33,34,35,36,37,38	41,42,43,48		x
13			31,32,35,36	42,43,45				46	x	
14										
15	11,12,13,15,18	23,24,28	31,32,33,35,36,38	41,43,44,45,48					x	
16	11,13,15,16		31,32	43,44,45		25,27,28	33		x	
17	11,13,15,16,17,18	21,22,23,24,28	31,32,33,34,35,36,37,38	41,42,43,44,45,47,48					x	

18	11,12,13,14,15,16,17,18	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,33,34,35,36,37,38	41,42,43,44,45,46,47,48					x	
19										
20	13,14,15,16,17,18	23,24,25,26,27,28	31,32,33,34,35,36,37,38	41,42,43,44,45,46,47,48					x	
21	11,12,13,14	21,22	31,32,33	41,42,43	15,16,17,18	23,24,25,26,27,28	34,35,36,37,38	44,45,46,47,48		x
22	11,12,13,14,18	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,33,34,35,38	41,42,43,44,45,46,47,48					x	
23	11,12,13,14,15,18	23							x	
24	12,13,14,15,16,17,18	22,23,24,25,27,28	33,34,35,36,37,38	43,44,45,46,47,48					x	
25	12,14,15	21,22,23,24,25,28	31,32,33,34,37,38	41,42,43,44,45					x	
26	12,14	21,22,23,25	32	42	11,13,15,16	26,27	33,34,35,36,37,38	41,43,44,46,47,48		x
27	12,17,18	22,26,27	34,35,36,37	44,45,46,47					x	
28	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,33,35,36,37	41,42,44,45,46,47					x	
29		21					34,35	43,44		x
30	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,36,37	41,42,43,44,45					x	
31	11,12,13,14,15,16,17	22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,37	41,42,43,44,45					x	
32	12,13,14,15	23,24	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45					x	
33	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					x	
34	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					x	
35	11,12,13,14,15,17,18	21,22,23,24,25,27	32,33,34,35,37,38	42,43,44,45,47,48	12	28	35	45	x	
36	11,14,15	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34,35	41,42,43	12		36	44	x	
37	11,12,13,15,16,17	21,22,23,24,25	31,32,33,35,36,37	41,42,43,44,46			34	45	x	
38	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	32,33,36,37	42,43,44,45,46,47			31,34,35	41	x	
39										
40	11,12,13,14,15,16	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,35,37	41,42,43,44,45,46,47	17		34,36		x	
41	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25	31,32,33,34,35	41,42,43,44,45,47					x	
42	11,12,13,14	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46					x	
43	12,14,15	22,26	31,32,34,37	41,42,43,47	11,13,16,17	21,23,24,25,27	33,35,36	44,45,46		x
44			32,33,34,35,36	41,42,43,44,45,46,47					x	
45	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25	31,32,33,34	41,42,43,44,47					x	

46	17		31,32,33,34,35	41,42,43,44,45,46					x	
47	12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25	35,36,37	43,44,45					x	
48	11,12,13,14,15,16,17	23,24,25,26,27	31,32,33,37	41,42,43,45,46					x	
49	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34,35	41,42,43,46,47					x	
50	14,16	23	33,34	42,43	13,15,17	24,25,26,27	32,35	44,45		x
51	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,37	41,42,43,44,45,46,47					x	
52	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34,35	41,42,43,44,45					x	
53	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36	41,42,43,44,45					x	
54	11,12,13	21,22,27	32,33	41,42,43,45	14,15,16	23,24,25,26	31,34,35,36	44,46,47		x
55		22,23	31,34,35,36,37	41,42,44	11,12,13,14,15	21,24,25	32,33	43,45		x
56	11,12,17	21,22,27	31,35	41,43,45	13,14,15,16	23,25,26	32,33,34	42,44		x
57	11,14,15,17	21,24,26,27	31,33,36	44,45,46	12,13	22,23,25	32,35,37	41,42,43,47	x	
58					15	23,24,25,26,27	31,32,33,34	41,42,43,44		x
59	14,15,17	22,26	31,33,35,36	43,45	13,15	24,25,27	32,34,37	41,42,44		x
60	11,12,13,14,15,16,17	21,22,25,26	32,34,35,36,37	42,43,44,45		23,24,27	31,33	41,46,47	x	
61							31,32,33,34,35,36,37	41,42,43		x
62	12,15	21,22,24,26,27	31,32	41,42,44,45	11,13,14,16,17	23,25	33,34,35,37	43,46,47		x
63	12,15	21,22,24,25,26	31,32,35	41,42,43,44,45	11,13,14,16,17	23,27	33,34,36,37	46,47	x	
64	11,12	21,22,24,25	31,32,33,35	41,42	13,14,15,16,17	23,26,27	34,36,37	43,44,45,46,47		x
65	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,35	41,42,44			34,36	43		x
66					11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,26,27	33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,47		x
67							31,32,33,34,36	41,42,44,45,46		x
68	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,26,27	31,32,33,34,35,36	41,44,45,46,47		25		42,43	x	
69						25,26,27	31,33,34,35	41,42,43,44,45,46,47		x
70						22,23,24	31,32,33,34,35,36,37	41,43,45		x
71			31,32,33,34,35,36	41,43,44,45,46,47				42	x	
72	11,12,13,14,15	21,22,24,26,27	31,32,33,34,35	41,42,44,46,47	16,17	23		43	x	
73					11,12,13,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47		x

74	11,12,13,14,16,17	21,22,23,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					x	
75					15,16	24,25	31,32,33,34,35,36,37	43,44,45		x
76	14,15,16,17	21,22	31,32,33,34,35	41,42,43,44,45		25,26,27			x	
77										
78	11,13,14,16	21,22,23,24,25	31,33,36	42	12,15,17	26,27	32,34,37	43,44,45	x	
79	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47					x	
80					11,12,13,14	21,22,23,25,26,27				x

Nota: Base de datos de gingivitis y periodontitis.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 9

Cuadro 21

Matriz de hallazgos clínicos.

Matriz de hallazgos clínicos.															
H.Clínica.	Color de la encía.			Tamaño de la encía.			Forma de la encía.			Consistencia de la encía.			Sangrado de la encía.		
	Rosa coral.	Rojizo.	Rojo vinoso.	Normal.	Edema.	Hiperplasia.	Festoneada.	Recesión.	Edematizada.	Dura.	Firme.	Blanda.	No sangra.	Sangra al sondaje.	Hemorragia.
1	X			X			X				X		X		
2	X			X				X		X			X		
3			X			X		X		X					X
4		X		X			X			X			X		
5	X			X			X			X			X		
6			X			X		X				X			X
7		X				X			X			X			X
8	X			X			X			X				X	
9		X			X			X		X			X		
10	X			X			X			X			X		
11		X		X			X				X		X		

12			X			X			X			X		X	
13		X			X			X		X				X	
14	X				X			X		X				X	
15			X		X				X			X			X
16	X			X			X			X			X		
17	X			X				X		X			X		
18	X			X				X		X			X		
19			X			X		X				X			X
20	X			X				X		X			X		
21			X		X				X			X			X
22	X			X			X			X			X		
23	X				X			X		X			X		
24			X			X			X			X		X	
25		X			X			X			X			X	
26			X		X				X			X		X	
27	X				X			X		X			X		
28	X			X				X		X			X		
29			X			X			X			X		X	

30	X				X		X			X			X		
31			X			X			X		X				X
32			X			X		X				X		X	
33	X				X		X			X			X		
34	X			X			X			X			X		
35	X			X			X			X				X	
36			X			X		X				X			X
37	X			X			X				X		X		
38	X			X			X			X				X	
39	X			X				X		X			X		
40	X			X				X		X			X		
41	X			X			X			X			X		
42	X				X			X		X			X		
43		X				X			X			X			X
44	X			X				X			X		X		
45			X			X			X			X			X
46			X			X		X				X			X
47	X				X			X		X			X		

48			X			X			X			X			X
49	X			X			X			X			X		
50			X			X			X		X				X
51			X			X			X			X			X
52			X		X			X		X			X		
53	X					X		X				X		X	
54			X			X			X		X				X
55			X			X		X				X			X
56			X		X			X				X			X
57			X			X			X			X			X
58			X			X			X			X		X	
59			X			X			X		X				X
60	X			X			X				X			X	
61			X		X			X				X			X
62			X		X				X			X			X
63			X		X			X				X			X
64			X			X		X			X				X
65			X			X		X			X				X

66			X			X		X				X			X
67			X			X			X			X			X
68			X			X		X				X			X
69			X			X			X		X				X
70			X			X		X				X			X
71	X				X			X		X			X		
72			X			X		X				X			X
73			X			X			X			X			X
74	X				X		X			X			X		
75			X			X			X		X			X	
76			X			X		X				X			X
77	X			X			X			X			X		
78			X			X			X			X			X
79	X				X			X		X			X		
80			X			X			X		X				X
Totales	33	7	40	24	21	35	19	37	24	34	14	32	32	14	34

Nota: Matriz de hallazgos clínicos.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

Anexo 10



Grafico No. 18. Inspección bucal a pacientes.

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



Gráfico No. 19. Inspección bucal a pacientes.
Fuente: Fotografía realizada por auxiliar de autora de esta tesis.