



Carrera de odontología

Tesis de grado

Previo a la obtención de título de:

Odontólogo

Tema

Prevalencia de gingivitis en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín.

Autor de tesis:

Alex Arnoldo Acosta Arellano

Directora de tesis:

Dra. Alexandra Valarezo Chumo Mg. Ge.

Cantón Portoviejo, Provincia de Manabí, Republica del Ecuador

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Certifico que el egresado, Alex Arnoldo Acosta Arellano, ha culminado su tesis de grado, titulada: Prevalencia de gingivitis en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín. Bajo mi dirección y asesoramiento. Ha cumplido con las disposiciones establecidas para el efecto.

Dra. Alexandra Valarezo Chumo Mg. Ge.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Los suscritos, miembros del tribunal de revisión y sustentación de la tesis titulada: Prevalencia de gingivitis en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín. Presentada y realizada por el Alex Arnoldo Acosta Arellano, ha cumplido con todo lo señalado en el reglamento interno de graduación, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal.

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.
Directora de la carrera.

Dra. Alexandra Valarezo Chumo Mg. Ge.
Directora de tesis.

Dra. Mónica Cabrera Mg. Ge

Miembro del tribunal.

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. Gs

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo titulado: Prevalencia de gingivitis en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín. Pertenece exclusivamente a mi autoría y el patrimonio intelectual de la tesis es a la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Sr. Alex Arnoldo Acosta Arellano
Autor de tesis.

AGRADECIMIENTO.

Gracias a Dios, porque has sido tú el motor de mi vida cada momento sé que intercedes para darme la sabiduría necesaria y fuerzas para poder terminar mi carrera y los momentos difíciles que quizás quise claudicar sé que tu estuviste allí presente.

Por brindarme el apoyo incondicional de mi familia, de mis padres y darme a mi lado ese pilar fundamental a mi padre y a mi madre de corazón que han sabido guiarme por el bien.

Y sin duda alguna agradecer a la Dra. Ángela Murillo y de manera muy especial a mi directora de tesis la Dra. Alexandra Valarezo, por su apoyo y paciencia incondicional en este tramo final de mi carrera.

Haber elegido el momento justo y así conocer a mi complemento de mi vida mi esposa que es la persona que pasa día a día y ha sabido lo duro que fue nuestro camino universitario. Gracias Dios por haberme permitido conocerla en mi carrera universitaria.

Alex Arnoldo Acosta Arellano

DEDICATORIA.

Mi primer objetivo te lo dedico a ti PAPA, sigo tus pasos, espero poder contar con algo de tu sabiduría en esta profesión y que me puedas seguir guiando como hasta ahora lo has hecho y ahora como no ya como colegas. A mis abuelitos que fueron una base fundamental para poder llegar a esta primera meta, Dios me los cuide y proteja siempre. A mi esposa, lo logramos con la bendición de Dios, hemos logrado nuestro primer objetivo en nuestras vidas profesionales vamos por más juntos.

Y a una persona muy especial para mí, Ketty te agradezco una y mil veces todo lo que has hecho por mí, solo Uds. y yo saben cuánto nos hemos esforzado y gracias a eso he podido llegar a quien soy hoy gracias por todo...

Les dedico este pequeño pero gran triunfo en mi vida.

Alex Arnoldo Acosta Arellano

RESUMÉN.

La presente investigación estuvo destinada a investigar la prevalencia de gingivitis en las personas que acuden al Centro de Salud Junín en el periodo marzo-junio 2015. Para lo cual se determinó el estado gingival por medio de hallazgos clínicos de la encía y el índice gingival de Loe &Silness.

La investigación fue de campo, de corte transversal; con una población de 145 personas, Se utilizó una ficha clínica creada para el presente estudio, y un documento previo, en el cual los pacientes firmaron su debido consentimiento informado. Los resultados obtenidos en la ficha de observación se utilizaron para determinar el estado de la encía e índice gingival de Loe &Silness.

Se puede concluir en los hallazgos clínicos la población más afectada fue en mayores de 20 años de edad, además presentaron una gingivitis leve en el sexo femenino, y en pequeña cantidad aunque significativa en los varones una gingivitis moderada. Estos cambios presentados en el tejido gingival de los pacientes observados surgen debido al escaso conocimiento sobre la higiene oral, y Las consecuencias de la misma en los tejidos periodontales.

Palabra claves: Encía, Estado Gingival, caracterisiticas clínicas de la encia, índice de Loe &Silness

ABSTRACT

This research was aimed to find the prevalence of gingivitis in people who come to the Junin Health Center in the period March-June 2015. For which the gingival status by clinical findings of the gingiva and the gingival index was determined Loe & Silness.

Field research was, in cross-section; with a population of 145 people, a medical record created for this study. And, a previous document, in which patients signed informed consent was used. The results of the observation sheet were used to determine the state of the gingival index encíae Loe & Silness.

It can be concluded on clinical findings the most affected population was over 20 years old, also presented a mild gingivitis in females, and in small quantity but significant, in males a ,moderate gingivitis. These gingivitis changes presented in the gingival tissue of patients screened arise due to the limited knowledge about oral hygiene and the consequences thereof in periodontal tissues.

Key word: gingiva, gingival state, clinical characteristics gum, Loe index Silnes

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador.	III
Declaratoria de autoría.	IV
Agradecimiento.	V
Dedicatoria.	VI
Resumen.	VII
Abstract.	VIII
Índice.	X
Introducción.	1
Capítulo I.	
1. Problematización.	5
1.1. Tema.	5
1.2. Formulación del problema.	5
1.3. Planteamiento del problema.	5
1.4. Preguntas de la investigación.	6
1.5. Delimitación de la investigación.	6
1.6. Justificación.	7
1.7. Objetivos.	8
1.7.1. Objetivo general.	8

1.7.2. Objetivos específicos.	8
Capítulo II.	
2. Marco teórico referencial y conceptual.	9
2.1. Periodonto.	9
2.1.1. Clasificación de periodonto.	10
2.1.2. Caracterización de un periodonto sano	10
2.1.3. Etiología	11
2.1.4. Histología	11
2.1.5. Fisiología del periodonto.	13
2.1.6. Estructuras del periodonto	14
2.2. Ligamento Periodontal.	16
2.2.1. Hueso alveolar.	17
2.2.2. Índice gingival de Løe y Silness.	18
2.3. Gingivitis	19
2.3.1 Hiperplasia.	20
2.3.2. Clasificación de la gingivitis.	21
2.4. Factores de riesgo.	24
2.5. Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de la gingivitis	26
2.6 Sistemas de registros de la inflamación gingival.	27
2.7. Higiene bucal	27

2.7.1. Practica la buena higiene bucal.	28
2.8. Técnica de cepillado	29
2.9. Relación de la higiene oral con la gingivitis.	30
2.10. Variables de observación y análisis.	30

Capítulo III.

3. Marco Metodológico.	31
3.1. Modalidad de la investigación.	31
3.2. Tipo de investigación.	31
3.3. Métodos.	31
3.4. Técnicas.	31
3.5. Instrumentos.	32
3.6. Población y muestra.	32
3.7. Recolección de la información.	32
3.8. Procesamiento de la información.	33
3.9. Ética.	33
3.10. Presupuesto.	33
3.11. Cronograma.	33

Capítulo IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.	34
---	----

Capítulo V.	
5.	Conclusiones y Recomendaciones. 66
5.1.	Conclusiones. 66
5.2.	Recomendaciones. 67
Capítulo VI.	
6.	Propuesta. 68
6.1.	Título de la propuesta. 68
6.1.1.	Entidad ejecutora 68
6.2.	Clasificación de la propuesta. 68
6.3.	Localización. 68
6.4.	Justificación. 69
6.5.	Marco Institucional. 69
6.6.	Objetivos. 70
6.6.1.	Objetivo general. 70
6.6.2.	Objetivos específicos. 70
6.7.	Descripción de la propuesta. 70
6.8.	Responsable. 71
6.9.	Beneficiarios. 71
6.10.	Diseño metodológico. 71
6.11	Factibilidad 72

6.12. Sostenibilidad.	72
6.13. Recursos.	73
6.13.1. Humanos.	73
6.1.2. Técnicos.	73
6.13.3. Materiales.	74
6.13.4. Financieros.	74
6.14. Presupuesto.	74
Anexos.	75

Bibliografía.

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro 1: Distribución de la población según el sexo	34
Cuadro 2: Promedio de edades: sexo femenino	36
Cuadro 3: Promedio de edades: sexo masculino	38
Cuadro 4: Hallazgos clínicos de la encía: Color	40
Cuadro 5: Hallazgos clínicos de la encía: Color	42
Cuadro 6: Hallazgos clínicos de la encía: Forma	44
Cuadro 7: Hallazgos clínicos de la encía: Forma	46
Cuadro 8: Hallazgos clínicos de la encía: Consistencia	48
Cuadro 9: Hallazgos clínicos de la encía: Consistencia	50
Cuadro 10: Hallazgos clínicos de la encía: Textura	52
Cuadro 11: Hallazgos clínicos de la encía: Textura	54
Cuadro 12: Hallazgos clínicos de la encía: Tamaño	56
Cuadro 13: Hallazgos clínicos de la encía: Tamaño	58
Cuadro 14: Hallazgos clínicos de la encía: Hemorragia	60
Cuadro 15: Hallazgos clínicos de la encía: Hemorragia	62
Cuadro 16: índice gingival	64

INTRODUCCION

Analizando referencias bibliográficas de la web sobre la enfermedad Gingival, según Rodríguez¹ (2008)

Según la OMS las enfermedades orales son de las más frecuentes del género humano y ocupan el segundo lugar en los problemas de salud. Estas son patologías que inflaman y destruyen las estructuras que rodean y sostienen a la pieza dentaria, principalmente las encías, el hueso y la capa externa de la raíz del diente. A través de estudios epidemiológicos realizados en Cuba, se pudo constatar que a pesar de la alta prevalencia de la enfermedad gingival en las poblaciones estudiadas, se observó una significativa disminución en la gravedad de las periodontopatías; estos resultados son comparables a los alcanzados en países desarrollados como los Estados Unidos de Norteamérica y otros de Europa.

Analizando la obra de tesis con el tema Enfermedad periodontal en el adulto mayor adscrito a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui Mejoramiento de la enfermedad periodontal mediante la aplicación de actividades odontológicas preventivas en el período entre noviembre 2011 y febrero 2012, de Cuasapas² (2012) se puede decir que:

¹ Rodríguez, Z. (20 de marzo de 2008). Enfermedad gingival. Resultados obstétricos. Biblioteca Virtual de Salud de Cuba, 1. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24_1_08/enf04108.htm

²Cuasapas, A. (2012). Enfermedad periodontal en el adulto mayor adscrito a la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui Mejoramiento de la enfermedad periodontal mediante la aplicación de actividades odontológicas preventivas en el período noviembre 2011 y febrero 2012. Quito: Universidad de San Francisco de Quito.

En la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS Atuntaqui, se ejecutó el estudio de corte transversal, sobre la enfermedad periodontal en el adulto mayor, orientado a decretar, los factores de mayor importancia que actúan en la prevalencia de la enfermedad periodontal. Para esto se analizó un total de 76 historias clínicas y 68 encuestas dirigidas hacia los adultos mayores que participan de los talleres ocupacionales de la Unidad. Se encontró un 36,84 % portadores de prótesis total, 9,21% sanos, 22,37% con inflamación gingival y 31,58% con enfermedad periodontal.

Con una adecuada higiene bucal se previene la gingivitis obteniendo un estado de salud bueno para los pacientes, de no ser así se produce la gingivitis una enfermedad causada por bacterias anaeróbicas las cuales se adhieren a la superficie dentaria a nivel del surco gingival provocando una respuesta inflamatoria en la que su potencial dependerá tanto del número y la cantidad de las especies bacterianas involucradas, la prevención es el principal tratamiento para disminuir y o evitar la aparición de la misma.

Según Klaus³, (1995) indica que la salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud.

³ KLAUS, A. (1995). Práctica de la dinámica de Grupos. Barcelona, Editorial Herder.

CAPITULO 1

1. Problematización

1.1. Tema

Prevalencia de la gingivitis en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia gingival que presentan en los pacientes del Centro de Salud Junín?

1.3. Planteamiento del problema

La deficiencia de higiene oral y la escasa prevención provoca las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la periodontitis (enfermedad gingival) y los cánceres de la boca y la faringe son un problema de salud de alcance mundial que afecta a los países industrializados y, cada vez con mayor frecuencia, a los países en desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres.

Los hábitos de higiene oral son un elemento que está muy relacionado con la salud de las personas, ya que es demostrado que el déficit de higiene bucodental en las comunidades y establecimientos educativos de la provincia de Manabí según el MSP se debe al deficiente nivel de conocimiento en prevención de Salud Oral. El MSP como organismo rector del sistema nacional de Salud ha implementado estrategias de prevención

dentro del modelo de atención integral de Salud MAIS, cumpliendo los objetivos del plan nacional del buen vivir, involucrando a las unidades pertenecientes a la red del sistema nacional de Salud así como a las Universidades que ofertan carreras asociadas a la Salud entre estas las de Odontología las cuales deben cumplir la Ley Orgánica de educación superior LOES, en las cuales consta involucrarse en la solución de la problemática de la salud en la comunidad, mediante vinculaciones a las escuelas encargadas de brindar entre otras actividades, charlas y técnicas de cepillado a escolares, padres, docentes y comunidad en general, para la mejora de la salud oral.

1.4.Preguntas de la investigación

¿Cuáles son las características clínicas de la encía que presentan los pacientes que acuden al centro de Salud Junín?

¿Cuál es el género y edad más afectada por gingivitis en los pacientes del centro de salud Junín?

¿Cuál es la prevalencia de gingivitis en los pacientes del centro de salud Junín?

1.5. Delimitación de la investigación

Campo:	Salud
Área	Odontología
Aspecto:	Gingivitis

Delimitación espacial:	La investigación se realizó en el Centro de Salud Junín
Delimitación temporal:	Marzo a junio del 2015

1.6. Justificación

La higiene dental se establece como una de las actividades diarias necesaria para un buen mantenimiento tanto dental como los tejidos que rodea el diente, siendo los elementos que constituyen éste último la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento radicular. Con una adecuada higiene bucal se previene la gingivitis obteniendo un estado de salud de no ser así se produce la gingivitis, una enfermedad causada por bacterias anaeróbicas las cuales se adhieren a la superficie dentaria a nivel del surco gingival provocando una respuesta inflamatoria en la que su potencial dependerá tanto del número y la cantidad de las especies bacterianas involucradas, la prevención es el principal tratamiento para disminuir y o evitar la aparición de placa, gingivitis, caries.

Esta investigación se la realizó para determinar la prevalencia de gingivitis en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, siendo en la actualidad un tema de verdadera importancia, como preámbulo para determinar acciones que disminuirán o evitaren la aparición de enfermedades gingivales

También servirá como un aporte al campo de la salud oral, ante la realidad de esta problemática, aun mas tomando en cuenta que no existe ninguna investigación similar

realizada en centro de salud Junín.

La investigación fue factible porque se contó con la anuencia de la directora de centro de salud así como con la colaboración de los usuarios externos del centro de salud Junín, además se contó con una amplia información científica, bibliográfica que fue insumo para la investigación de campo.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Establecer la prevalencia de gingivitis en los pacientes que acuden al centro de salud Junín.

1.7.2. Objetivos específicos

Establecer los signos clínicos de la encía

Identificar el género y edad más afectado por gingivitis

CAPÍTULO II.

2. Marco teórico, Referencial y Conceptual.

2.1. Periodonto

Revisando el manual de anatomía dental de Riojas⁴(2014) menciona que:

El periodonto se considera como el conjunto de tejidos que envuelven y soportan los dientes. El periodonto se divide en unidad gingival y aparato de inserción. La unidad gingival se compone de encía, que se divide en marginal o libre, adherida o insertada e interdental, la mucosa alveolar, el aparato de inserción se compone de: cemento, hueso alveolar, ligamento periodontal.(pág. 45)

Revisando el libro de Manson (2010) describe que:

Existe un gran número de especies bacterianas en la boca y su variedad no se conoce con exactitud. A esto hay que añadir los trastornos e irritaciones de las manipulaciones dentales y no podemos más que impresionarnos por la total resistencia de la mucosa bucal y la eficacia de los mecanismos de defensa gingivales, entre los que se incluyen:

El flujo salival y el contenido de la saliva (p. ej., lisozima, inmunoglobulina [Ig]A).
El recambio celular y la descamación de la superficie y la actividad de los mecanismos inmunitarios.

⁴Riojas, M. T. (2014). *Anatomía Dental* (3 ed.). (O. Raul, Ed.) DF, Estados Unidos de Mexico: El Manual Moderno

2.1.4. Clasificación de periodonto

Analizando la tesis de Quisigüiña⁵(2012) determinan que:

El periodonto de inserción presenta tres estructuras que constituyen una unidad funcional y evoluciona de una forma interrelacionada y coordinada durante la vida del diente. Los tejidos periodontales, además de proporcionar la inserción del diente al alvéolo, soportan las fuerzas generadas por la masticación, fonación y deglución. Por otra parte soportan los cambios estructurales relacionados con el envejecimiento y desgaste mediante un proceso de remodelación continua y regeneración(pág. 22)

2.1.5. Caracterización de un periodonto sano

Examinando el artículo de Feijón⁶(2011) pueden exponer que:

“Los signos clínicos de un periodonto sano se determinan mediante tres tipos de exploración; Exploración visual de la encía.

En condiciones normales se observa un color sonrosado, tono fibroso, superficie granulada y queratinizada, anchura superior a 2 mm y presencia de papilas interdentes. Exploración clínica con sonda. La presencia de un surco inferior a 3 mm, ausencia de sangrado al sondaje, ausencia de facetas dentarias de desgaste y de movilidad dentaria determina la buena calidad gingival. Exploración radiográfica. La cresta ósea alveolar está intacta y tiene una consistencia homogénea. Se encuentra justo por debajo de la línea amelocementaria. (.mm). La presencia de una encía de color rojizo, amoratado, con sangrado espontaneo, un tono edematoso o una superficie lisa y brillante es indicador de patología gin.(pág. 1)

⁵Quisigüiña, S. (7 de noviembre de 2012). *RELACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL...etc.* Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/524/1/T-UCE-0015-36.pdf><http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/524/1/T-UCE-0015-36.pdf>

⁶Feijón., E. M. (enero-abril de 2011). *Gingivitis. Características y prevención.* Obtenido de ENFERMERÍAdermatológica : <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-GingivitisCaracteristicasYPrevencion-4080825.pdf>

(Carranza, 2010) Menciona que “la encía es de consistencia firme y resistente, se fija con firmeza al hueso subyacente, menos el margen libre móvil. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la firmeza de la encía insertada.”

El margen gingival se fija al diente a nivel de la posición donde se encuentra la encía. Cuando éste erupciona hacia la cavidad bucal, el margen y el surco se localizan en el vértice de la corona y a media que la erupción avanza se observan más cerca de la raíz. Durante el proceso de erupción, como ya se escribió, los epitelios de unión, bucal y reducido del esmalte sufren alteraciones y remodelación extensas, en tanto que se conserva al mismo tiempo la baja profundidad fisiológica del surco.

2.1.6. Etiología

Observando la siguiente actualización bibliográfica Quintana⁷(2010)se puede destacar que:

En el embarazo el principal factor para la aparición de gingivitis es la presencia de placa bacteriana, apareciendo otros factores como los hormonales que ocurren en esta etapa. Estas descargas hormonales durante el embarazo producen diferentes cambios tanto en el tejido gingival como en la placa bacteriana oral

⁷Quintana, S. (2010). *unmsm*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/clemente_rc.pdf

2.1.7. Histología

En la obra de Manson⁸(2010)menciona que:

El periodonto se compone de un epitelio escamoso estratificado se renueva continuamente por división de las células de la capa basal y desprendimiento de los queratinocitos de la superficie. Tiene un período de recambio es de 12-75 días para la piel, de 8-40 días para el epitelio bucal y de 4-11 días para el epitelio de unión. Las hormonas sistémicas influyen en este proceso; los estrógenos estimulan la división celular y los corticoesteroides la inhiben. (...) Existe un sistema de control de retroalimentación negativa en los queratinocitos por unas sustancias conocidas como chalonas. Se desconoce su naturaleza exacta, pero su función podríadeberse a uno o más factores de crecimiento o citocinas. Actúan en célulasde la lámina basal e inhiben su división. La forma se refiere por la localización y el contorno de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. Cuando las superficies proximales de la porción coronal de los dientes son relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se hallan más próximas entre sí, en sentido mesiodistal, la parte ósea interdental es más fina y los espacios remanente entre los dientes llamados interproximalesy la encía interdental son estrechos. A la inversa, cuando las superficies proximales divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía según sea la ubicación del contacto proximal.

También pudimos revisar en la obra de Manson⁹(2010)muestran que:

El recambio epitelial también se ve afectado por diversos factores de crecimiento, como factor de crecimiento epidérmico (EGF), factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF) y factores de crecimiento transformadores a (TGF-a) y b (TGF-b). Se sabe que el EGF y el TGF-a estimulan la proliferación de células epiteliales, mientras que el TGF-b parece tener un efecto inhibidor(pág. 12)

⁸Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

⁹Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

Observando el libro de Principios de Histología Y embriología Bucal¹⁰ de Chiego

(2014), pueden decir que:

El tejido conectivo fibroso del ligamento se encuentra entre el hueso alveolar y el cemento que cubre la raíz. Este ligamento envuelve la raíz del diente y se enlaza con el tejido de la encía, ocupa el espacio periodontal y está compuesto de fibras, células y sustancia intercelular, está constituido de fibras de colágeno y sustancia fundamental que, a su vez, contiene proteínas y polisacáridos. El periodonto se desarrolla a partir del tejido folicular dental que rodea al diente. Las células que forman las fibras ligamentosas, el hueso alveolar y el cemento se desarrollan a partir del folículo. El periodonto tiene un espesor de 0,15-0,38 mm, es más delgado en la zona media de la raíz y disminuye ligeramente de espesor con la edad. (pág. 136)

2.1.8. Fisiología del periodonto

El ligamento tiene un grosor de entre 0,3 y 0,1 mm. Es más ancho en la parte más coronal del alvéolo y en el ápice, y más estrecho a la altura del eje de rotación del diente, ligeramente apical al punto medio de la raíz. En ausencia de enfermedad, presenta un intervalo normal de movilidad del diente. Los incisivos son más móviles que los dientes posteriores; la movilidad es máxima al despertarse y disminuye durante el día. Igual que en otras zonas del esqueleto, las tensiones funcionales son básicas para mantener los tejidos del ligamento periodontal. Si las tensiones funcionales son fuertes, el grosor del ligamento aumenta y, cuando el diente no tiene función, el ligamento puede adelgazarse hasta 0,06 mm. Con la edad, el ligamento también se adelgaza.

¹⁰Chiego, D. J. (2014). *Principios de Histología Y embriología Bucal*. Barcelona, Reino de España: Elsevier.

Revisando el libro de Manson¹¹(2010) en cuanto la función del periodonto se puede encontrar que:

El ligamento consta de haces de fibras de colágeno bien organizados de unos 5 mm de diámetro, en una matriz de sustancia fundamental por la que circulan vasos y nervios. Las fibras de la cresta alveolar circulan del cemento del cuello del diente a la cresta alveolar. Las fibras horizontales van del cemento a la cresta alveolar. Las fibras oblicuas forman el componente principal del ligamento y van desde el hueso en sentido. Ligeramente apical para insertarse en el cemento, de forma que parecen suspender el diente en su alvéolo. Las fibras apicales van del ápice radicular a la base del alvéolo. También pueden incluirse las fibras interradiculares que se encuentran en la furcación de dientes multirradiculares y circulan como fibras transeptales de raíz a raíz coronales a la cresta alveolar.

2.1.9. Estructuras del periodonto

Encía

Analizando la obra de Carranza¹²(2010), la cual menciona las características de la encía podemos decir que:

El color gingival normal varía desde el rosa pálido hasta tonos más oscuros debidos a los distintos grados de pigmentación melánica y puede apartarse de éstos como resultados de la inflamación. El color gingival rosado es un reflejo de la sangre del plexo de vasos sanguíneos subepiteliales y translucidez de la mucosa gingival.

La forma se refiere por la localización y el contorno de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. La superficie de la encía posee una textura similar a la cáscara de naranja y se alude a ella como

¹¹Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

¹²Carranza. (2010). *Periodontología Clínica*. Estados Unidos de México: Elsevier.

graneada. La encía insertada es graneada, no la marginal. La porción central de las papilas interdentes suelen ser graneada, aunque los bordes marginales son lisos. Es menos prominente el puntilleo en las superficies linguales que en las vestibulares y falta en algunos sujetos. No existe en la infancia, aparece en niños alrededor de los cinco años de edad, aumenta hasta la edad adulta y suele desaparecer en el anciano. La textura superficial es consecuencia de la presencia de queratinización del tejido epitelial y al microscopio se observa que el puntilleo es producto de protuberancias redondeadas, la capa papilar del tejido conectivo se proyecta en las elevaciones.

Revisando el libro de Lindhe¹³(2008) refieren que:

Entre las estructuras del periodonto tenemos la encía que es la parte de la mucosa que envuelve el hueso alveolar de los maxilares y mandíbula y también forma parte de los cuellos dentales rodeando la porción cervical de los dientes. Se puede diferenciar dos partes de las encías en el periodonto; la encía libre y la encía adherida. La encía libre es de color rosado coralino, con superficie opaca y consistencia firme. Abarca el tejido gingival en las caras vestibulares y linguales/palatino de los dientes y la encía interdental o papilas interdentes. En las caras vestibular y lingual de los dientes, la encía libre se extiende desde el borde gingival en sentido apical, hasta la línea de la encía libre, ubicada a un nivel que corresponde a la unión cementoalveolar. (pág. 15 y 16)

La encía adherida está delimitada en sentido apical por la conexión mucogingival (CMG) Se extiende en sentido apical hasta la unión mucogingival y de allí se continúa con la mucosa alveolar. Su textura es firme, de color rosado coralino y a veces Presenta pequeñas depresiones en su superficie denominadas punteado, las cuales le dan un aspecto de cáscara de naranja. Las fibras del tejido conjuntivo la adhieren firmemente al hueso alveolar subyacente y al cemento. (pág. 16)

¹³J Lindhe, T. K. (2008). *Periodontología Clínica e Implantológica*. (4ta edición ed., Vol. 1). Madrid, España: Panamericana.

Analizando el libro de Velayos(2007)¹⁴ estiman que:

Desde otro punto de vista las encías están constituidas por la mucosa que recubre al periostio de las apófisis alveolares, así como a los dientes por medio de fibras colágenas de la lámina propia. La unión con el diente se hace a través del ligamento periodontal y del cemento, su epitelio es de tipo escamoso poli estratificado. Las encías están ricamente inervadas. Las superiores, por ramas procedentes del nervio maxilar y las inferiores por ramas del nervio mandibular. (pág. 95)

Examinando una revisión bibliográfica Salazar& Col.¹⁵(2009) constatan que:

La encía es la parte de la mucosa masticatoria que recubre la apófisis alveolar y rodea la porción cervical de los dientes; está compuesta de una capa epitelial y un tejido conjuntivo subyacente denominado lámina propia. En sentido coronal la coloración en salud es rosada coralino y presenta un puntillado, su anchura es variable y oscila entre 1 y 9mm y termina en el margen gingival libre cuyo contorno es festoneado. En sentido apical, la encía se continúa con la mucosa alveolar, laxa y de color rojo oscuro, de la cual está separada por una línea demarcatoria fácilmente reconocible llamada unión mucogingivaló línea mucogingival(pág. 29)

2.2. Ligamento Periodontal

Considerando el libro de Gómez¹⁶(2008)dicen que:

El ligamento es una fina capa de epitelio fibroso conectivo, que por medio de sus fibras enlaza la pieza dentaria al hueso, las funciones primordiales son encajar el diente dentro del hueso alveolar y mantenerlo firme, aguantar fuerzas que se

¹⁴Velayos, Santana. (2007). *Anatomía de la cabeza para odontólogos*. Buenos Aires, Editorial Panamericana

¹⁵ Giménez, X. S. (2009). AGRESION GINGIVAL CON LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES. En B. A. (Ed.), *acta odontológica venezolana*, 47, pág. 21. caracas. Obtenido de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art20.asp>.

¹⁶Gomez de Ferraris, M. E. (2008). *Histologa, embriologa e ingeniera tisular bucodental* (3 ed.). Madrid, Reino de España: panamricana.

emplean durante la masticación y actuar como receptor sensorial, función, necesaria para lograr el control posicional de la mandíbula y una correcta oclusión.(pág. 10)

Revisando el libro de Manson¹⁷(2010)mencionan que:

En estudios recientes se ha demostrado que las enfermedades periodontales son un reto para la salud general. Se necesitan marcadores inflamatorios útiles, de exposición sistémica, de las enfermedades periodontales. Se han utilizado parámetros de respuesta del huésped a infecciones periodontales como metaloproteinasas de la matriz, citocinas, quimiocinas, marcadores inflamatorios y anticuerpos frente a patógenos periodontales. (...) El recambio del tejido conjuntivo en el periodonto es cinco veces mayor que el recambio del hueso alveolar y 15 veces mayor que el de la dermis de la piel normal. Los fibroblastos se encargan de la síntesis y degradación de todos los componentes de la matriz extracelular. Éstos segregan enzimas colagenolíticas (colagenasas), que son parte de una familia de metaloproteinasas de la matriz (MMP, matrixmetalloproteinases) que necesitan la presencia de cationes metálicos como magnesio y calcio para actuar. Existen dos tipos de colagenasa, una que se origina de los fibroblastos y otras células de tejido conjuntivo de origen mesenquimatoso (MMP-1), y la otra se origina de los polimorfonucleares (MMP-8) Durante el recambio fisiológico, la producción y la secreción de MM.(pág. 13)

2.2.1. Hueso alveolar

Nuevamente considerando el libro de Gómez¹⁸(2008)observan que:

El hueso alveolar o apófisis alveolares, es la cavidad ósea en donde se aloja y se sostiene al diente, estos forman parte del hueso maxilar superior inferior, estos alveolos son cavidades crónicas que alojan la o las raíces de los elementos dentarios, en el que se insertarán las fibras periodontales que pertenecen al periodonto de

¹⁷Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

¹⁸Gomez de Ferraris, M. E. (2008). *Histologa, embriologa e ingeniera tisular bucodental* (3 ed.). Madrid, Reino de España: panamricana.

inserción, junto al cemento y al ligamento periodontal formando el aparato de inserción del diente.(pág. 11)

Funciones de la mucosa oral

Examinando el libro de medicina bucal, de Bascones¹⁹(2009) se puede citar que:

La mucosa oral tiene funciones sensitivas; que permiten diferenciar dolor, temperatura, presión, la función de absorción tiene la capacidad de absorción limitada y lo absorbido pasa directamente al interior por medio de diferentes tipos de células como son las epiteliales, bales etc., otra de la función con la cumple es la de protección la cual es importante ya que se defiende de agentes patógenos físicos, químicos y bacteriano. También cumple la función de barrera impidiendo el paso del mismo al interior, la función de nutrición se encarga de absorber los nutrientes necesarios al tracto digestivo. Dentro de las funciones también encontramos la de la comunicación encargada de mímica, gestos y sonidos. La función de defensa colabora en la detección de sustancias dañinas dentro de la cavidad oral.

2.2.2. Índice gingival de Løe y Silness

Analizando la obra Relación del nivel hormonal y la gingivitis en niños de 10 y 13 años del albergue “ciudad de dios” y el colegio particular “Mi buen Jesús” de Lima, de Torres²⁰ (2010) se puede decir que:

Podemos identificar que este índice solo se puede apreciar en los tejidos gingivales. Como esta técnica, se aprecia la inflamación de cada una de las cuatro caras libres del diente (vestibular, mesial, distal y lingual) y se asigna un valor de cero a

¹⁹Bascones, A. (2009). *Medicina bucal*. Madrid, Reino de España.

²⁰Torres, J. (2010). Relación del nivel hormonal y la gingivitis en niños de 10 y 13. Relación del nivel hormonal y la gingivitis en niños de 10 y 13 (pág. 19). Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos.

tres. Criterios para el Índice Gingival: Los valores de las cuatro zonas se suman y se dividen por cuatro para darle un valor al diente y el índice gingival de este paciente se obtiene mediante la suma de los valores de los dientes y la división por el número de dientes examinados. Un valor de 0.1 a 1.0 indica inflamación leve; 1.1 a 2.0 inflamación moderada, y 2.1 a 3.0 inflamación intensa

Analizando el artículo de Vallecillo,²¹(2002), el cual dice:

Este índice analiza la hemorragia como un criterio primordial de inflamación; para hallarlo se aplica una sonda periodontal de punta redonda (sonda de la OMS) en el surco gingival. Dentro de esto existen 4 grados que dan valor al hallazgo:

Grado 0. Encía normal, ninguna inflamación, ningún cambio de color, ninguna hemorragia.

Grado 1. Inflamación leve, ligera cambio de color, pequeña alteración de la superficie, ninguna hemorragia.

Grado 2. Inflamación moderada, enrojecimiento, hinchazón, hemorragia al sondar y a la presión.

Grado 3. Fuerte inflamación, enrojecimiento intenso, hinchazón, tendencia a las hemorragias, eventualmente ulceración.

²¹ Vallecillo, C. (2002). Avances en la periodoncia e implantología. Importancia de los índices periodontales en la evaluación de los implantes osteointegrados. Madrid: Elsevier.

2.3. Gingivitis

Considerando el compendio de periodoncia, de Flemming²²(1995), anuncian que:

La acumulación de la placa origina, una gingivitis aguda que a los pocos días, se convierte en una gingivitis crónica. Clínicamente se muestra con enrojecimiento de la encía libre y, en parte, de la insertada. Al mismo tiempo, se manifiesta una hinchazón variable de la encía y la formación de una bolsa gingival. De todos modos, no ocurre ninguna pérdida de la inserción ni de tejido óseo.(págs. 7-8)

Según lo consultado a Eley, Soory y Manson²³ (2010) puedo indicar lo siguiente:

Alteración del aspecto gingival. Los cambios de aspectos se suelen describir según el color, la forma, el tamaño, la consistencia y las características superficiales, las encías sanas son de color rosa pálido y el margen es puntiagudo y festoneado, una papila fina con frecuencia esta surcada por una especie de surco apical a la encía marginal, que la separa de la encía insertada, y esta última tiene textura de puntilleo.

Puesto que la tronera interdental es el sitio de mayor acumulación de placa, la inflamación gingival, suele comenzar en la papila interdental y extenderse alrededor del margen. Cuando los vasos sanguíneos se dilatan, el tejido se vuelve rojo y se hincha, con exudado inflamatorio. El margen afilado se redondea, el sellado interdental se pierde y la superficie de la encía se vuelve lisa y brillante.

²²Flemming, T. (1995). *COMPENDIO DE PERIODONCIA*. Barcelona, Reino de España: Masson.

²³Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

2.3.1 Hiperplasia

Romero²⁴(2011)menciona que:

El término de Hiperplasia se refiere a un aumento de volumen de un tejido producido por el incremento en el número de sus células;hipoplasia se refiere a la disminución de tejido por problemas nutricionales .En general, corresponden a un grupo de lesiones producidas como una respuesta exagerada de la mucosa bucal frente a irritantes crónicos de baja intensidad, motivo por el cual se le considera una lesión reactiva.

Continuando con el estudio Quisigüiña²⁵(2012)dicen que “cuando más tiempo permanezcan la placa y el sarro sobre los dientes, más daño pueden hacer. Las bacterias causan una inflamación de las encías. Si una persona tiene gingivitis, las encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente.”

Analizando la publicación de Barreto²⁶(2009)narran que:

La gingivitis es la causa más común de las denominadas enfermedades periodontales, aquellas que afectan a los tejidos que rodean y sujetan a los dientes y constituyen una respuesta inflamatoria, caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, cambio en el contorno del tejido gingival, pérdida del tejido de adaptación del diente e incremento del fluido gingival(pág. 9)

²⁴Casian, R. (2011). Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. *reportecde casi clinico* (pág. 1). Habana: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v4n2/art07.pdf>.

²⁵Quisigüiña, S. (7 de noviembre de 2012). *RELACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL...etc.* Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/524/1/T-UCE-0015-36.pdf><http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/524/1/T-UCE-0015-36.pdf>

²⁶Barreto, B. R. (2009). *Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años.* MEDISSAN. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.htm

2.3.2 Clasificación de la gingivitis

Analizando la clasificación de gingivitis de Mason²⁷(2010) la cual dice que:

Se clasifica de la siguiente manera

A Enfermedad gingival causada por la placa

Gingivitis asociada solamente a placa dental

A) Sin otros factores locales contribuyentes

B) Con factores locales contribuyentes

Enfermedad gingival modificada por factores sistémicos

a) Asociada al sistema endocrino

i) Gingivitis asociada a la pubertad

ii) Gingivitis asociada al ciclo menstrual

iii) Gingivitis asociada al embarazo o granuloma piógeno

iv) Gingivitis asociada a diabetes mellitus

b) Gingivitis asociada a discrasias sanguíneas

i) Gingivitis asociada a leucemia

ii) O tras(pág. 140)

²⁷Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

Enfermedad gingival modificada por fármacos²⁸

- a) Hipertrofia gingival asociada a fármacos
- b) Gingivitis influida por fármacos
- c) Gingivitis asociada a anticonceptivos orales
- d) O tras (pág. 140)

4. Enfermedad gingival modificada por malnutrición

- a) Gingivitis por déficit de ácido ascórbico
- b) O tras (pág. 140)

B Lesión gingival no causada por la placa

1. Enfermedad gingival de origen bacteriano específico

- a) Lesiones asociadas a Neisseriagonorrhoea
- b) Lesiones asociadas a Treponema pallidum
- c) Lesiones asociadas a especies de estreptococos
- d) O tras (pág. 140)

2. Enfermedad gingival de origen vírico

²⁸Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

a) Herpesvirus

i) Gingivostomatitis herpética primaria

ii) Herpes oral recurrente

b) Lesiones orales por el virus de Epstein-Barr

c) Infecciones por varicela zóster

d) O tras (pág. 140)

3. Enfermedad gingival de origen micótico

a) Infecciones por especies de Candida

i) Candidiasis gingival generalizada

b) Eritema gingival lineal

c) Histoplasmosis

d) O tras (pág. 140)

4. Enfermedades gingivales de origen genético

a) Fibromatosis gingival hereditaria

b) O tras

Enfermedad gingival inducida por P.B. (pág. 140)

Revisando la revista ADM de Zeron²⁹(2001) dicen que:

²⁹ Zerón, A. (2001). *Nueva clasificación de las enfermedades.* Mexico. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2001/od011d.pdf>

La gingivitis también se puede clasificar de la siguiente manera la cual es la más utilizada actualmente por organización mundial de la salud.

- Gingivitis asociada a placa bacteriana
- No asociada a placa bacteriana

Analizando el estudio Gingivitis de Feijon³⁰(2011) observaron que:

La gingivitis es causada por la placa bacteriana, se caracteriza por ser causada por una infección bacteriana no específica, la severidad de gingivitis es menos intensa en niños que en adultos, y esta se inicia en la infancia seguida de un aumento gradual en su prevalencia. La profundidad del surco puede aumentar ligeramente debido a la formación de pseudobolsas, produciendo un aumento de volumen de los tejidos gingivales. La gingivitis causada por la placa dental es la que más predomina de todas las enfermedades que afectan al periodonto, esta enfermedad se desarrolla cuando se acumula placa sobre las superficies dentarias por lo general desaparece cuando se remueve la placa. En la exploración clínica, la encía se presenta con contornos redondeados, con un grado variable de edema o fibrosis. (pág. 5)

2.4. Factores de riesgo

Indagando en el manual de periodoncia e implantología dental de Hall de Harpenau³¹(2014)definen que:

Los factores de riesgo relacionados con la enfermedad periodontal pueden ser ambientales, conductuales, biológicos o históricos; los cuales pueden dividirse dentro de distintas categorías:

³⁰ Feijón., E. M. (enero-abril de 2011). *Gingivitis. Características y prevención*. Obtenido de ENFERMERÍAdermatológica : file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-GingivitisCaracteristicasYPrevencion-4080825.pdf

³¹Harpenau, L. (2014). *Periodoncia e implantología dental de Hall*. USA: Manual moderno.

- (1) Los factores de riesgo son elementos riesgosos que son identificados a través de estudios longitudinales en pacientes con enfermedad periodontal. Para ser identificados como tales, la exposición deberá presentarse antes de que comience la enfermedad e intervenir de forma directa en los factores de riesgo reales puede ayudar a modificar el riesgo.
- (2) Determinantes de riesgo/Características de base son riesgos que no pueden ser modificados.
- (3) Indicadores de riesgo son factores probables o ciertos de riesgo que han sido identificados en estudios transversales. Sin embargo, no han sido confirmados en estudios longitudinales.
- (4) Marcadores o predictores de riesgo son elementos de riesgo que no causan la enfermedad, pero están asociados con el incremento de riesgo de ésta. Estos elementos también han sido identificados en estudios transversales y longitudinales.(pág. 194)

Determinantes de riesgo o características de base

Factores genéticos. La variabilidad genética del individuo puede explicar las diferencias en la extensión y gravedad de la enfermedad periodontal observada como respuesta a la acumulación de placa. Los cambios inmunológicos como las alteraciones en las citosinas inflamatorias, neutrófilos y anomalías en los monocitos, así como las respuestas de las inmuno globulinas a patógenos periodontales específicos pudieran estar bajo control genético.

- Edad. A pesar de que la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal incrementan con la edad, es probable que el envejecimiento por sí mismo no incremente la susceptibilidad a la enfermedad. Ya que la periodontitis es una afección progresiva si no se controla, entre más grande de edad sea el paciente, es más probable que se observe destrucción periodontal.
- Género. Los hombres tienen mayor cantidad de placa y cálculo así como mayor pérdida de inserción que las mujeres; por lo que una prevención inadecuada por parte del género masculino comparada con la del femenino podría explicarmás

que los factores genéticos acerca de la prevalencia y gravedad de la periodontitis observada entre géneros.

- Nivel socioeconómico (NSE). Los individuos de bajo NSE podrían presentar un menor conocimiento sobre el cuidado dental, acceso limitado a los cuidados dentales, y poca frecuencia de consultas dentales así como una higiene oral deficiente y mayor prevalencia de enfermedades periodontales cuando se les compara con aquellos que cuentan con mayor nivel de educación o de NSE más alto. Sin embargo, los NSE bajos por sí solos no causan un incremento en el riesgo de enfermedad periodontal, y si estos niveles mejoraran podría incrementarse la prevención dental y mejoraría la salud bucal.
- Estrés. A pesar de que los datos epidemiológicos que relacionan el estrés y la enfermedad periodontal son limitados, éste puede ser un factor de riesgo determinante para la periodontitis; esta asociación puede deberse a que en presencia de estrés y de hormonas relacionadas con el mismo como el cortisol, hay una interferencia de la respuesta inmune normal. (pág. 194)

2.5. Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de la gingivitis

Nuevamente revisando la obra de Manson³²(2010) expresan que:

El diagnóstico no se debe limitar a dar un nombre al trastorno. Para poder tratar la enfermedad periodontal y prevenir su recidiva, el diagnóstico debe incluir la identificación de todos los factores etiológicos, es decir: los factores que predisponen al cúmulo y retención de placa y los factores locales o sistémicos con influencia adversa sobre el comportamiento de los tejidos. No se podrán eliminar o controlar los factores que no hayan sido identificados; sin embargo, con demasiada frecuencia el tratamiento se reduce al control de los signos y los síntomas, y la

³²Manson JD. 2010, Periodoncia clínica, elsevier

enfermedad recidiva inevitablemente. En el momento del examen inicial se debe intentar evaluar la actitud del paciente hacia la salud dental. La colaboración del paciente es esencial para un resultado satisfactorio del tratamiento periodontal, y ese hecho convierte el tratamiento de la enfermedad periodontal en distinto a la de la caries y otras enfermedades odontológicas, en las que el paciente puede adoptar una actitud más pasiva. El tratamiento básico de la enfermedad periodontal se divide entre el tratamiento de la gingivitis crónica y de la periodontitis crónica. El de la gingivitis se centra principalmente en el control de la placa y es relativamente sencillo. El de la periodontitis incluye el desbridamiento meticuloso de la superficie de la raíz dentro de la bolsa periodontal y requiere mayor habilidad y un tiempo considerable.(pág. 207)

2.6 Sistemas de registros de la inflamación gingival

Examinando la obra de Torres (2010)³³ refieren que:

Todos los índices gingivales miden uno o más del siguiente: color gingival, contorno gingival, hemorragia gingival, extensión de la lesión gingival y flujo del líquido del surco gingival. La mayor parte de los índices asigna números en escala ordinal (0, 1, 2, 3, etc.) para representar la magnitud e intensidad de la lesión gingival. Índice Gingival: con este índice solo se valora los tejidos gingivales, la inflamación de cada una de las cuatro zonas gingivales del diente (vestibular, mesial, distal y lingual) y se asigna un valor de cero a tres. Los valores de las cuatro zonas se suman y se dividen por cuatro para darle un valor al diente y el índice gingival de este paciente se obtiene mediante la suma de los valores de los dientes y la división por el número de dientes examinados. Un valor de 0.1 a 1.0 indica inflamación leve; 1.1 a 2.0 inflamación moderada, y 2.1 a 3.0 inflamación intensa.(págs. 19-20)

³³ TORRES, J. (2010). Relación del nivel hormonal y la gingivitis en niños de 10 a 13 años del Colegio Particular Mi Buen Jesús. (Tesis de Grado). Universidad Nacional Mayor San Marcos, Lima, pp. 19-20.

2.7. Higiene bucal

Revisando la publicación de periodoncia de Feijon(2011)deducen que:

La higiene bucodental constituye una de las actividades diarias necesaria para un buen mantenimiento tanto odontológico como periodontológico, siendo los elementos que constituyen éste último la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento radicular. Es uno procedimiento de limpiar dientes, encías y boca, esta barre los residuos y bacterias que provocan la caries y enfermedad periodontal, por donde pasa de manera eficaz el cepillo dental y el hilo. (pág. 47)

Analizando la revista de salud bucal de humanos³⁴(2010)dicen que “la salud buco-dental es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.”

Analizando la publicación de Delta³⁵(2012), expresan que:

Las buenas prácticas de higiene oral diarias son tan importantes para su salud oral como los controles dentales regulares. El cepillado y el uso de hilo dental protegen a los dientes de las caries y la enfermedad de las encías, que son causadas por el enemigo más persistente de los dientes: la placa, una película pegajosa, incolora e invisible formada por bacterias dañinas que se desarrolla en los dientes todos los días.

³⁴Humanos, E. D. (18 de mayo de 2010). *National Oral Health Information*. Obtenido de <http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/salud-bucal.pdf>

³⁵Delta, D. (2012). *Delta Dental*. Obtenido de https://www.deltadentalins.com/es/salud_oral/oral_health.pdf

2.7.1. Practica la buena higiene bucal

La buena salud es importante para el bienestar en general, los dientes sanos no solo le dan un buen aspecto y lo hacen sentir bien, sino que le permite realizar otras funciones como la fonación y la deglución, por lo que es necesario mantener una buena higiene bucal de los dientes y encías, en si en toda la cavidad bucal.

Observando una revisión bibliográfica de Colgate³⁶(2012), dan a entender que:

Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal, estos evitan problemas posteriores y son menos dolorosos y de bajo costo que los tratamientos por una infección que se ha dejado progresar. En las visitas al odontólogo hay pautas en cada uno de nosotros para reducir la caries, las enfermedades de las encías u otras afecciones dentales.

Por lo que se recomienda:

Cepillarse en profundidad, utilizando hilo dental y enjuague bucal por lo menos dos veces al día.

Tener una dieta equilibrada reduciendo la ingesta entre comidas

Utilizar productos dentales con flúor, inclusive la pasta de dientes.

Usar enjuagues bucales fluoradas.

³⁶ Colgate, 2012 (en línea). Básicos de Higiene Bucal. Recuperado de:
<http://www.colgate.cl/app/Colgate/CL/OC/Information/OralHealthBasics/GoodOralHygiene/BrushingandFlossing/HowtoBrush.cvsp>.

2.8. Técnica de cepillado

Barranca³⁷(2011)puntualiza que “el cepillado correcto lleva al menos dos minutos.

La mayoría de los adultos no se cepillan durante tanto tiempo. A fin de tener una idea del Tiempo involucrado, utilice un cronómetro.” Para cepillarse correctamente los dientes, use movimientos cortos y suaves, prestando especial atención a la línea de la encía, los dientes posteriores de difícil acceso y las zonas alrededor de obturaciones, coronas y otras reparaciones.

Concéntrese en limpiar bien cada sección de la siguiente manera:

Cepille los dientes de al frente poniendo el cepillo de tal manera que quede en un ángulo de 45 grados. El cepillo debe tocar con la superficie del diente y la encía. Cepille despacio la parte frontal del diente realizando movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Ponga el cepillo sobre la superficie oclusal y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar todas las impurezas y bacterias que se encuentran en ella.

2.9. Relación de la higiene oral con la gingivitis

La higiene es una de las principales formas de preservar nuestra salud. Dentro de la higiene diaria no debemos olvidar el cuidado de nuestra boca durante todas las etapas de la vida, ya que la falta de ésta podría acarrear múltiples enfermedades. Alrededor de los seis meses, cuando aparecen los primeros dientes, es conveniente empezar a cuidarlos. Después de la toma del biberón o toma de alimentos, es conveniente el uso de una gasa húmeda para limpiar la boca del bebé, presentando especial atención también a las encías. Es recomendable visitar al odontopediatra para comprobar el

³⁷ Barranca, A. (2011), Manual de Técnicas de Higiene Oral (en línea). Universidad Veracruz, recuperado de: <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Higiene-Oral.pdf>.

desarrollo correcto de la dentición. Es responsabilidad de los padres, junto con la orientación profesional del odontopediatra, crear unos buenos hábitos de higiene oral en los niños. Es importante seleccionar un cepillo dental adecuado con filamentos suaves para realizar una limpieza eficaz de los dientes y las encías. Así mismo, la selección de la pasta o gel dentífrico debe ir acompañado del consejo profesional. En la mayoría de los casos se recomienda el flúor (fortalecedor del esmalte dental), que debe ser administrado de manera responsable según la edad del niño. El uso de enjuagues bucales puede ser utilizado cuando el niño adquiere habilidades para escupir y no tragarse el líquido. No seguir las anteriores indicaciones provoca la gingivitis es una lesión inflamatoria que aparece 10 a 29 días después de permitir acumulación de biopelícula dentobacteriana en la unidad dentogingival. Se manifiesta como un enrojecimiento de la encía, inflamación o agrandamiento, cambio de forma a menos festoneada, menor firmeza y tendencia incrementada del tejido blando a sangrar con un sondaje suave sin tener evidencia de pérdida de inserción al sondaje.

2.10. Variables de observación y análisis

Variable dependiente: Estado gingival

Variable Independiente: Higiene Bucal

CAPÍTULO III

3. Marco metodológico

3.1. Modalidad

Investigación de campo

3.2. Tipo de Investigación:

Se realizó descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos:

Para establecer la prevalencia de gingivitis en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, se utilizó una ficha de observación para identificar los hallazgos clínicos de la encía. También se empleó el índice de Loe y Silness, para identificar el grado de gingivitis y establecer el estado gingival de los pacientes.

3.4. Técnicas.

-Observación: Inspección clínica de la cavidad bucal.

3.5. Instrumentos.

-Ficha Clínica periodontal

-Criterios de inclusión:

Pacientes de edad comprendida entre 10 a 70 años que asisten al departamento de odontología del Centro de Salud Junín.

Pacientes que firmen el consentimiento informado

- Criterios de exclusión

Niños menores de 10 años, embarazadas y mayores de 70 años

Pacientes que no firman el consentimiento informado.

Personas que no asisten al departamento de odontología del centro de salud Junín.

3.6. Población y Muestra.

Para este estudio, se tomó la población constituida por 145 pacientes que acudieron al Centro de Salud Junín, perteneciente a la zona #4, distrito #6, Provincia Manabí en la República del Ecuador.

3.7. Recolección de la información.

La recopilación se realizó en las fichas clínicas y el índice gingival de Loe & Silness las cuales se llenaron en el transcurso de la investigación de campo. Se utilizó el espejo bucal, sonda Periodontal y revelador de Placa.

3.8. Procesamiento de la información.

Los datos se introdujeron en una base de datos en el programa Microsoft Excel, y los resultados se representan mediante gráficos estadísticos.

3.9. Ética.

A todos los pacientes incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma, se contó además con el consentimiento escrito, para lo cual se confeccionó una planilla.

3.10. Presupuesto.

Ver anexo 2

3.11. Cronograma

Ver anexos

CÁPITULO IV.

4. Resultados de la investigación.

4.1 Análisis e interpretación de los resultados.

Cuadros y gráficos de la ficha de observación, realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Periodo Marzo –Junio 2015.

Cuadro 1

Distribución de la población según el sexo

Población	Frecuencia	Porcentaje
Masculina	36	24.83
Femenina	109	75.17
Total	145	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

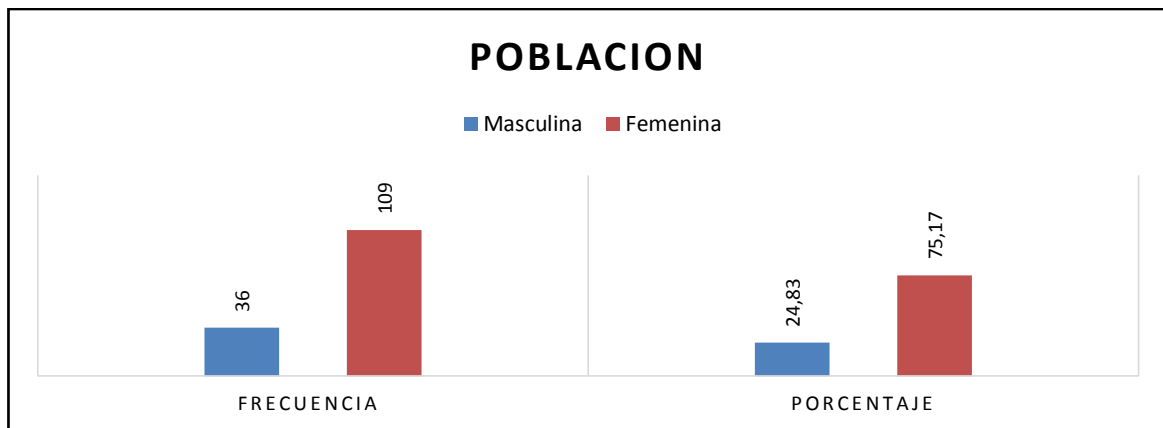


Grafico 1: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 34

Análisis e interpretación

Los datos conseguidos del cuadro N°1 nos muestran un total de 145 pacientes encuestados, 109 pacientes que corresponde al 75,17% pertenecen al sexo femenino y 36 que corresponde al 24.83% son del sexo masculino. Es de importancia conocer este valor ya podremos conseguir valores según el sexo de la persona.

Indagando en el manual de periodoncia e implantología dental de Hall de Harpenau³⁸(2014)definen que:

- Género. Los hombres tienen mayor cantidad de placa y cálculo así como mayor pérdida de inserción que las mujeres; por lo que una prevención inadecuada por parte del género masculino comparada con la del femenino podría explicar más que los factores genéticos acerca de la prevalencia y gravedad de la periodontitis observada entre géneros. p. 24

³⁸Harpenau, L. (2014). *Periodoncia e implantología dental de Hall*. USA: Manual moderno.

Cuadro 2

Promedio de edades: sexo femenino

Promedio de edades: sexo femenino		
Edades	Frecuencia	Porcentaje
10 a 14	9	8.26
15 a 18	26	23.85
más de 20	74	67.89
Total	109	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

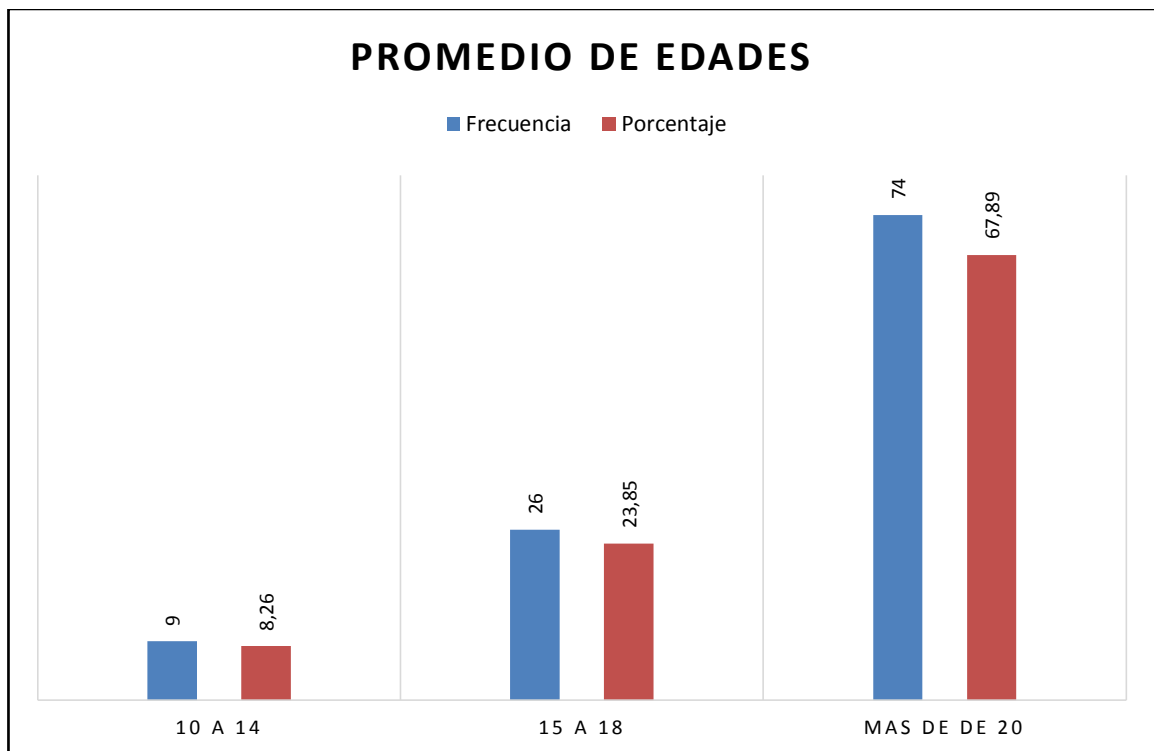


Grafico 2: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 36

Análisis e interpretación

Los datos conseguidos del cuadro N°2, consideramos las pacientes de sexo femenino que en el rango de edad de 10 a 14 años hubieron 9 pacientes que corresponde al 8,26% de 15 a 18 años representa al 23,85% con 26 pacientes, y más de 20 años hubieron 74 y representa el 67,89% .

Indagando en el manual de periodoncia e implantología dental de Hall de Harpenau³⁹(2014)definen que:

- Edad. A pesar de que la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal incrementan con la edad, es probable que el envejecimiento por sí mismo no incremente la susceptibilidad a la enfermedad. Ya que la periodontitis es una afección progresiva si no se controla, entre más grande de edad sea el paciente, es más probable que se observe destrucción periodontal. p. 24

³⁹Harpenau, L. (2014). *Periodoncia e implantología dental de Hall*. USA: Manual moderno.

Cuadro 3

Promedio de edades: sexo masculino

Promedio de edades sexo masculino		
Edades	Frecuencia	Porcentaje
10 a 14	8	22.22
15 a 18	6	16.67
más de 20	22	61.11
Total	36	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 3

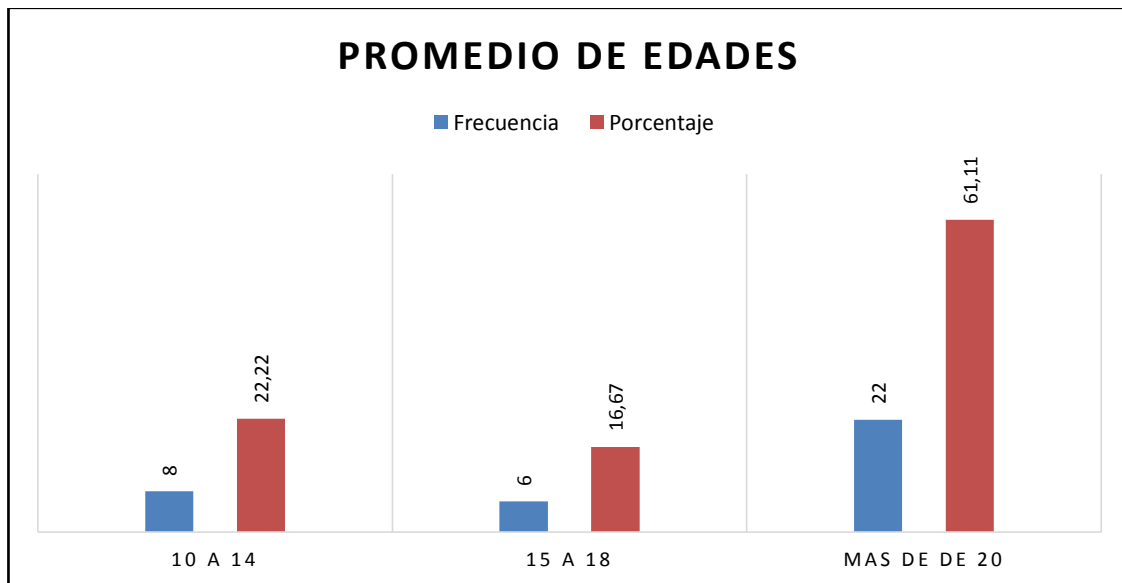


Grafico 3: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 38

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y grafico 3, analizando los pacientes de sexo masculino que en el rango de edad de 10 a 14 años hubieron 8 pacientes que corresponde al 22,22% de 15 a 18 años representa al 16,67 con 6 pacientes, y más de 20 años hubieron 22 y representa el 61,11% .

Cuadro 4

Hallazgos clínicos de la encía: Color

Sexo femenino					
Hallazgos clínicos de la encía : Color					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Rosa Coral	9	23	61	93	85.32
Rojo intenso	0	3	13	16	14.68
Rojo Azulado	0	0	0	0	0
Total	9	26	74	109	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 4

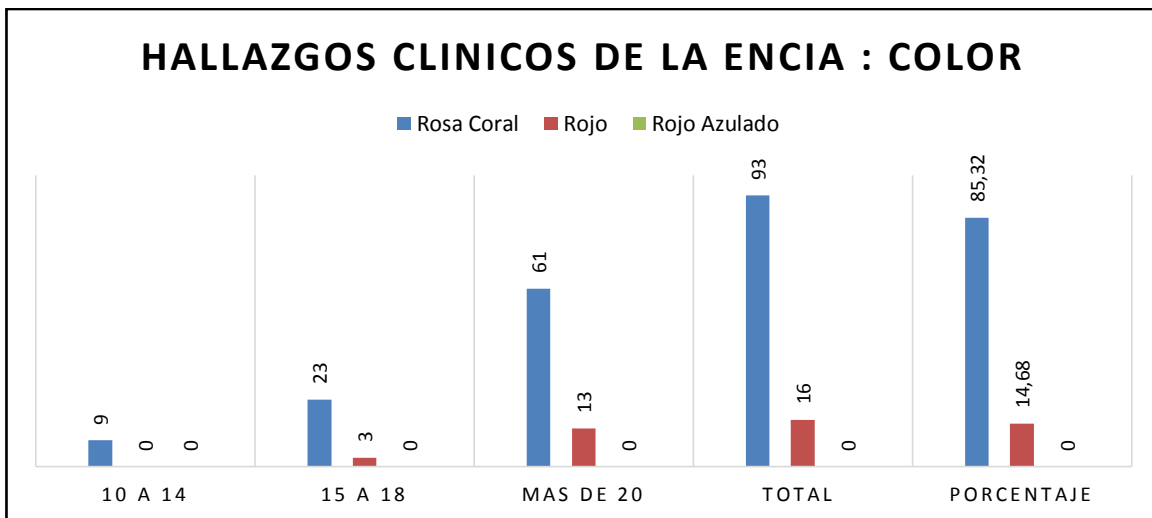


Grafico 4: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 40

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 4, consideramos los pacientes de sexo femenino según el color de los hallazgos clínicos de la encía observamos que 93 pacientes presentaron rojo coral que representa un 85,32%, 16 pacientes presentaron rojo intenso que es igual 14,68% y ningún caso presentó rojo azulado.

Analizando la obra de Carranza⁴⁰(2010), la cual menciona las características de la encía podemos decir que:

El color gingival normal varía desde el rosa pálido hasta tonos más oscuros debidos a los distintos grados de pigmentación melánica y puede apartarse de éstos como resultados de la inflamación. El color gingival rosado es un reflejo de la sangre del plexo de vasos sanguíneos subepiteliales y translucidez de la mucosa gingival. p. 12

⁴⁰Carranza. (2010). Periodontología Clínica. Estados Unidos de México: Elsevier.

Cuadro 5

Hallazgos clínicos de la encía: Color

Sexo Masculino					
Hallazgos clínicos de la encía : Color					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Rosa Coral	8	6	14	28	77.78
Rojo intenso	0	0	6	6	16.67
Rojo Azulado	0	0	2	2	5.56
Total	8	6	26	36	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 5

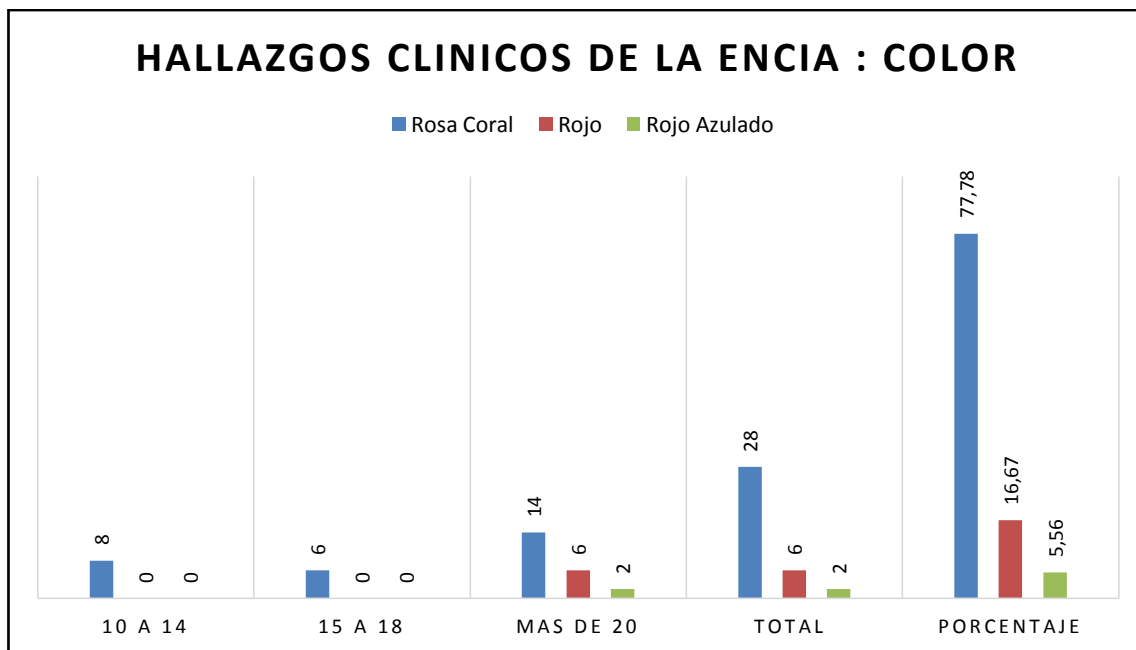


Grafico 5: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 42

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 5, respecto a los hallazgos clínicos de la encía: según el color, los pacientes de sexo masculino presentan 28 casos de rojo coral que representa un 77,78%, 6 pacientes presentaron rojo intenso que es igual 16,67% y 2 caso presentó rojo azulado que equivale al 5,56%.

Cuadro 6

Hallazgos clínicos de la encía: Forma

Sexo femenino					
Hallazgos clínicos de la encía : Forma					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Bisel o filo de cuchillo	8	20	37	65	59.63
Piramidal y Aplanado	1	6	37	44	40.37
Bulbosa	0	0	0	0	0
Total	9	26	74	109	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 6

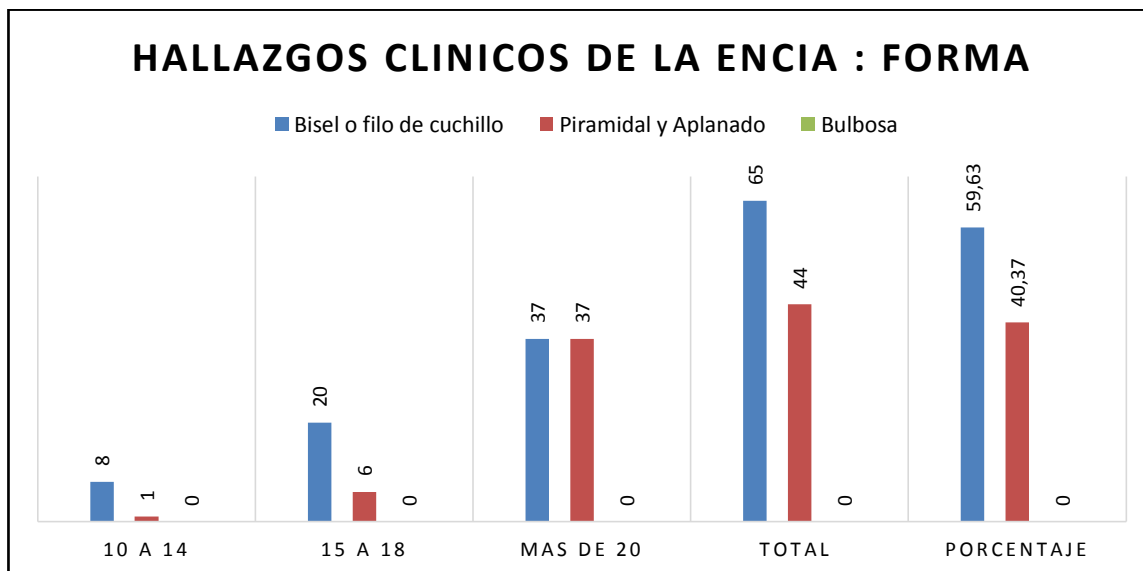


Grafico 6: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 44

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 6, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su forma los pacientes de sexo femenino presentan 65 casos de Bisel o filo de cuchillo que representa un 59,63%, 44 pacientes presentaron la forma piramidal y aplanada que es igual 40,37% y no presentó ningún caso de forma bulbosa.

Analizando la obra de Carranza⁴¹(2010), la cual menciona las características de la encía podemos decir que:

La forma se refiere por la localización y el contorno de los espacios interproximales gingivales, rigen la morfología de la encía interdental. Cuando las superficies proximales de las coronas son relativamente planas en sentido vestibulolingual, las raíces se hallan más próximas entre sí, en sentido mesiodistal, el hueso interdental es delgado y los espacios interproximales gingivales y la encía interdental son estrechos. A la inversa, cuando las superficies proximales divergen desde el área de contacto, el diámetro mesiodistal de la encía interdental es amplio. La altura de la encía interdental varía según sea la ubicación del contacto proximal p. 12.

⁴¹Carranza. (2010). Periodontología Clínica. Estados Unidos de México: Elsevier.

Cuadro 7

Hallazgos clínicos de la encía: Forma

Sexo masculino					
Hallazgos clínicos de la encía : Forma					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Bisel o filo de cuchillo	8	6	6	20	55.56
Piramidal y Aplanado	0	0	13	13	36.11
Bulbosa	0	0	3	3	8.33
Total	8	6	22	36	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 7

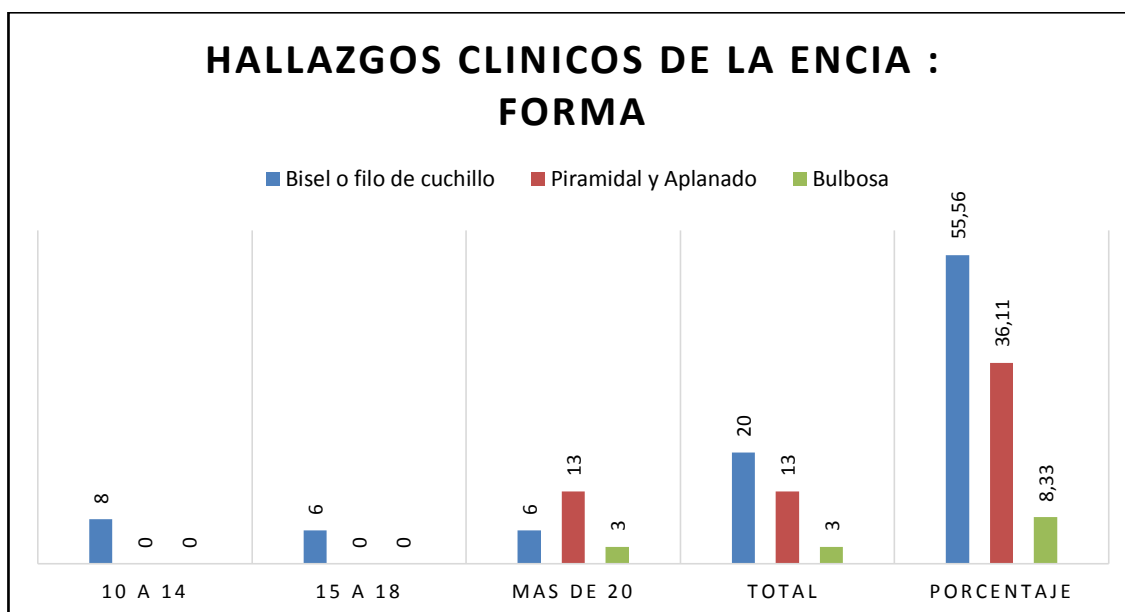


Grafico 7: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 7, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su forma los pacientes de sexo masculino presentan 20 casos de Bisel o filo de cuchillo que representa un 55,56%, 13 pacientes presentaron la forma piramidal y aplanada que es igual 36,11% y 3 casos de forma bulbosa que equivale al 8,33%.

Según lo consultado a Eley, Soory y Manson⁴² (2010) puedo indicar lo siguiente:

Puesto que la tronera interdental es el sitio de mayor acumulación de placa, la inflamación gingival, suele comenzar en la papila interdental y extenderse alrededor del margen. Cuando los vasos sanguíneos se dilatan, el tejido se vuelve rojo y se hincha, con exudado inflamatorio. El margen afilado se redondea, el sellado interdental se pierde y la superficie de la encía se vuelve lisa y brillante. p. 17

⁴²Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

Cuadro 8

Hallazgos clínicos de la encía: Consistencia

Sexo femenino					
Hallazgos clínicos de la encía : Consistencia					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Firme	9	24	72	105	96.33
Blanda	0	2	2	4	3.67
Total	9	26	74	109	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 8

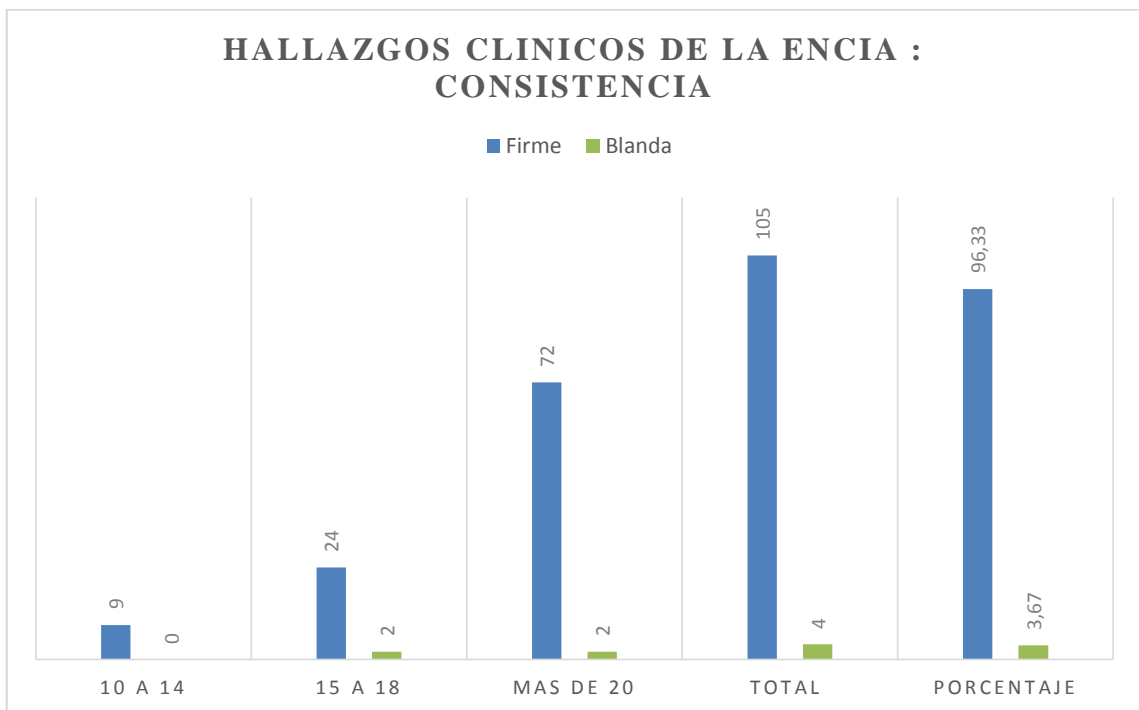


Grafico 8:Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 48

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 8, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su consistencia los pacientes de sexo femenino presentan 105 casos de Consistencia firme que representa un 96,33%, 4 pacientes presentaron la consistencia blanda que es igual 3,67%.

Revisando el libro de Lindhe⁴³ (2008) refieren que:

La encía exterior o libre se presenta con un color rosado coralino, con superficie no brillante más bien opaca y consistencia resistente o firme. Abarca el tejido gingival en las caras vestibulares y linguales/palatino de los dientes y la encía interdental o papilas interdentales. p 13

⁴³Lindhe, T. K. (2008). *Periodontología Clínica e Implantológica*. (4ta edición ed., Vol. 1). Madrid, España: Panamericana.

Cuadro 9

Hallazgos clínicos de la encía: Consistencia

Sexo Masculino					
Hallazgos clínicos de la encía : Consistencia					
	10 a 14	15 a 18	mas de 20	Total	Porcentaje
Firme	8	6	18	32	88.89
Blanda	0	0	4	4	11.11
Total	8	6	22	36	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 9

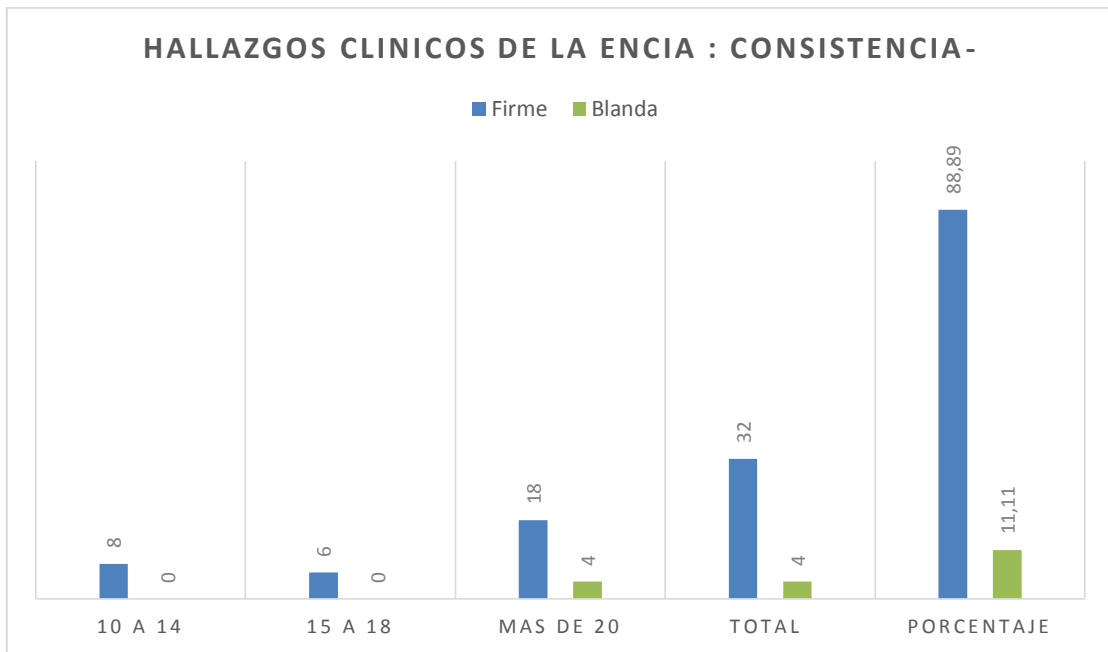


Grafico 9: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 50

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 9, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su consistencia los pacientes de sexo masculino presentan 32 casos de Consistencia firme que representa un 88.89%, 4 pacientes presentaron la consistencia blanda que es igual 11,11%.

Analizando la obra de Carranza⁴⁴(2010) Menciona que “La encía es de consistencia firme y residente, se fija con firmeza al hueso subyacente, menos el margen libre móvil. La naturaleza colágena de la lámina propia y su proximidad al mucoperiostio del hueso alveolar determinan la firmeza de la encía insertada.” P. 9

⁴⁴Carranza. (2010). Periodontología Clínica. Estados Unidos de México: Elsevier.

Cuadro 10

Hallazgos clínicos de la encía: Textura

Sexo femenino					
Hallazgos clínicos de la encía : Textura					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Graneada o Cascara de naranja	9	26	71	106	97.25
Lisa	0	0	3	3	2.75
Total	9	26	74	109	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 10

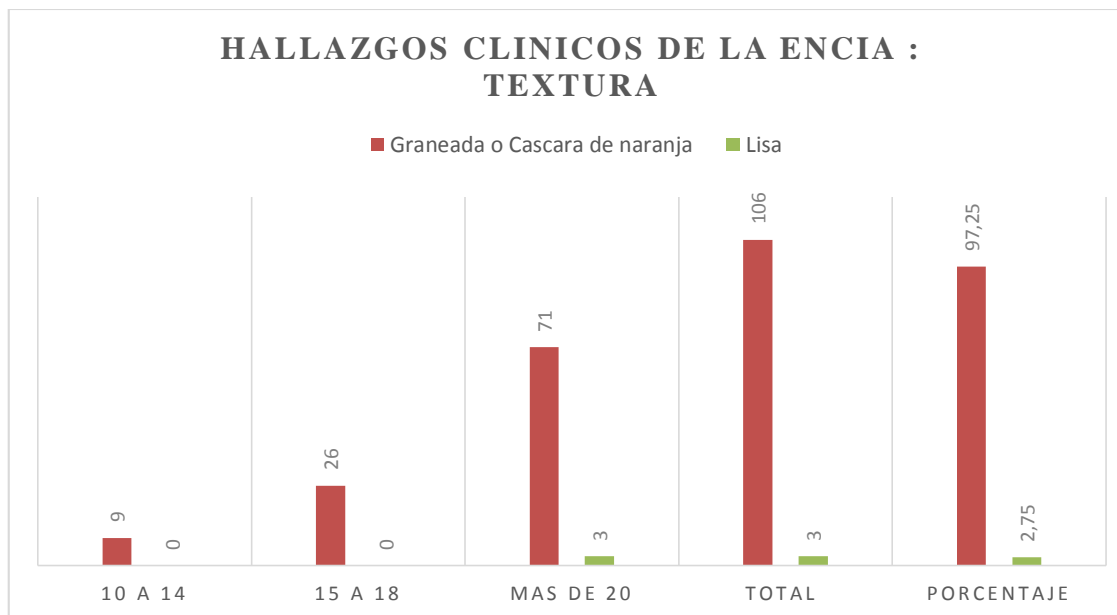


Grafico 10: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 52

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y grafico 10, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su Textura los pacientes de sexo Femenino presentan 106 casos de textura Graneada o Cascara de naranja que representa un 97,25%, 3 pacientes presentaron la textura lisa que es igual 2,75%.

Analizando la obra de Carranza⁴⁵(2010), la cual menciona las características de la encía podemos decir que:

La superficie de la encía posee una textura similar a la cáscara de naranja y se alude a ella como graneada. La encía insertada es graneada, no la marginal. La porción central de las papilas interdetales suelen ser graneada, aunque los bordes marginales son lisos. Es menos prominente el puntilleo en las superficies. P.13

⁴⁵Carranza. (2010). PeriodontologiaClinica. Estados Unidos de México: Elsevier.

Cuadro 11

Hallazgos clínicos de la encía: Textura

Sexo Masculino					
Hallazgos clínicos de la encía : Textura					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Graneada o Cascara de naranja	8	6	21	35	97.22
Lisa	0	0	1	1	2.78
Total	8	6	22	36	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 11

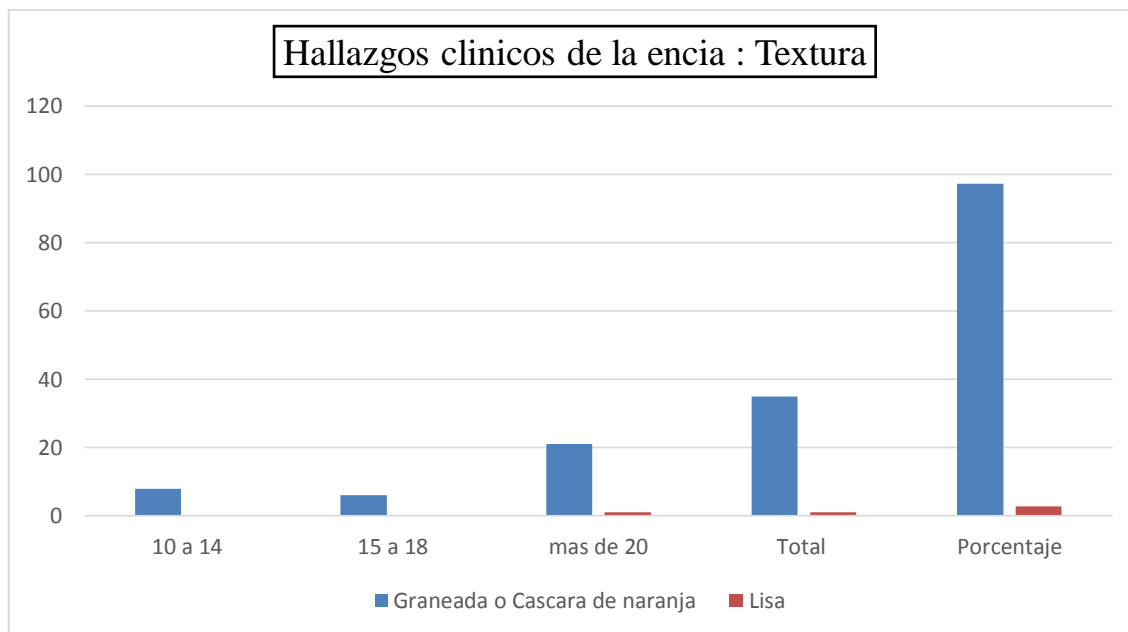


Grafico 11: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 54

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 11, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su Textura los pacientes de sexo masculino presentan 35 casos de textura Graneada o Cascara de naranja que representa un 97,22%, 1 pacientes presentaron la textura lisa que es igual 2,78%.

Revisando el libro de Lindhe⁴⁶(2008) refieren que:

La encía adherida está delimitada en sentido apical por la conexión mucogingival (CMG) Se extiende en sentido apical hasta la unión mucogingival y de allí se continúa con la mucosa alveolar. Su textura es dura, y a veces presenta pequeñas depresiones en su superficie denominadas punteado, las cuales le dan un aspecto de cáscara de naranja. Las fibras del tejido conjuntivo la adhieren firmemente al hueso alveolar subyacente y al cemento. (pág. 16) p. 13

⁴⁶J Lindhe, T. K. (2008). *Periodontología Clínica e Implantológica*. (4ta edición ed., Vol. 1). Madrid, España: Panamericana.

Cuadro 12

Hallazgos clínicos de la encía: Tamaño

Sexo femenino					
Hallazgos clínicos de la encía : Tamaño					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Normal	9	22	54	85	77.98
Hiperplasia	0	4	20	24	22.02
Hipoplasia	0	0	0	0	0.00
Total	9	26	74	109	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 12

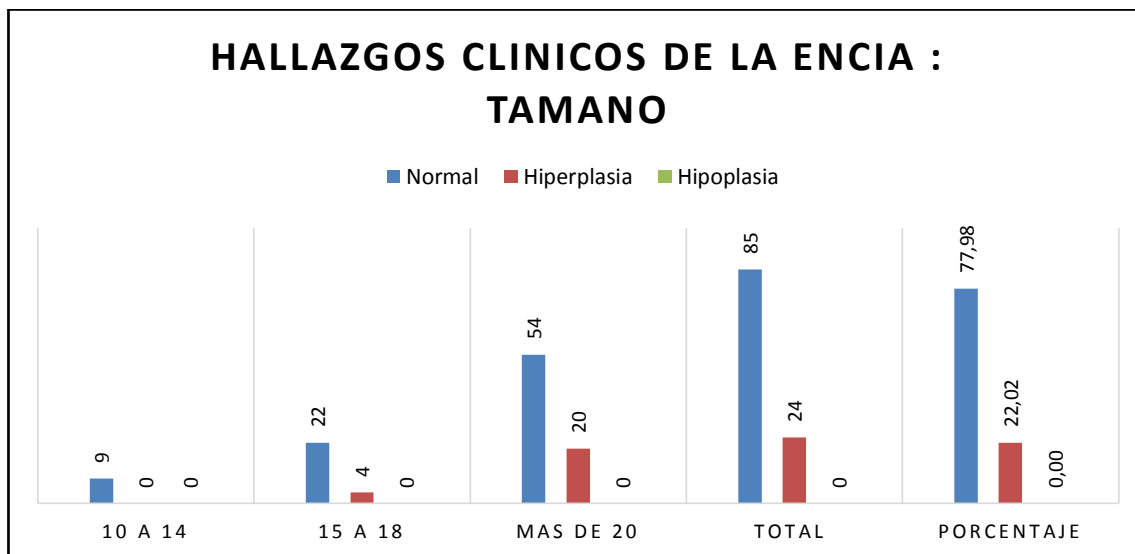


Grafico 12: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 56

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 12, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su Tamaño los pacientes de sexo femenino presentan 85 casos de tamaño normal que representa un 97,22%, 24 pacientes presentaron de hiperplasia que es igual 22,02% y no presentaron ningún caso de hipoplasia.

Romero⁴⁷(2011)menciona que: El término de Hiperplasia se refiere a un aumento de volumen de un tejido producido por el incremento en el número de sus células; hipoplasia se refiere a la disminución de tejido por problemas nutricionales. P.19

⁴⁷Romero, C.,. (2011). Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. *reportecde casi clinico* (pág. 1). Habana: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v4n2/art07.pdf>.

Cuadro 13

Hallazgos clínicos de la encía: Tamaño

Sexo Masculino					
Hallazgos clínicos de la encía : Tamaño					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Normal	8	6	10	24	66.67
Hiperplasia	0	0	12	12	33.33
Hipoplasia	0	0	0	0	0
Total	8	6	22	36	100

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 13

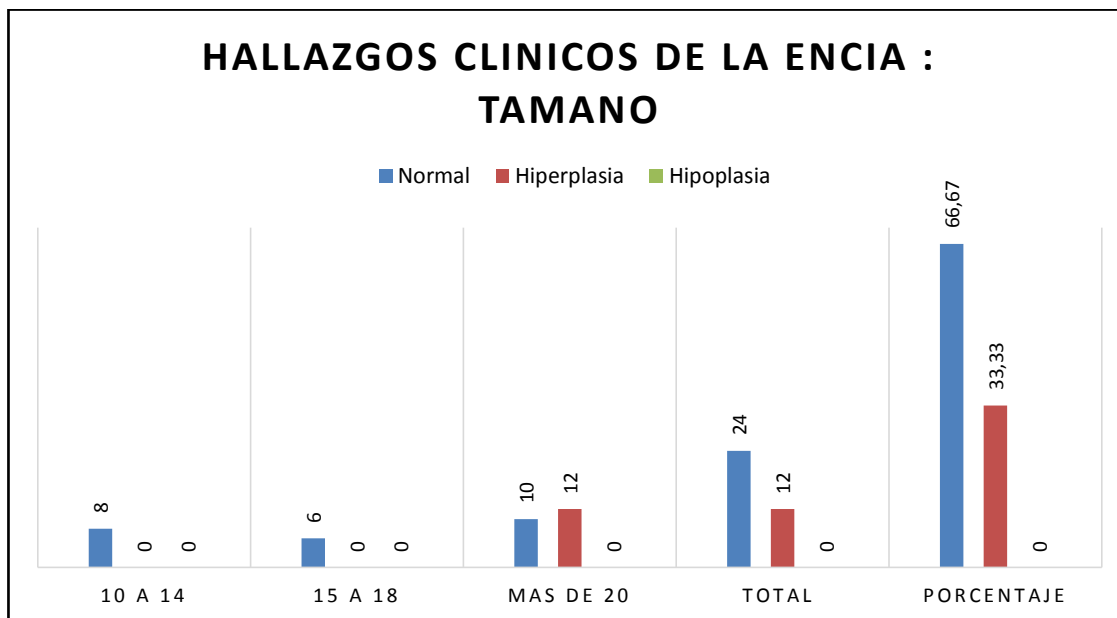


Grafico 13: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 58

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su Tamaño los pacientes de sexo masculino presentan 24 casos de tamaño normal que representa un 66.67%, 12 pacientes presentaron de hiperplasia que es igual 33,33% y no presentaron ningún caso de hipoplasia.

Considerando el compendio de periodoncia, de Flemming⁴⁸(1995), anuncian que:

La acumulación de la placa origina, una gingivitis aguda que a los pocos días, se convierte en una gingivitis crónica. Clínicamente se muestra con enrojecimiento de la encía libre y. en parte, de la insertada. Al mismo tiempo, se manifiesta una hinchazón variable de la encía y la formación de una bolsa gingival. De todos modos, no ocurre ninguna pérdida de la inserción ni de tejido óseo.(págs. 7-8) p. 18

⁴⁸Flemming, T. (1995). *COMPENDIO DE PERIODONCIA*. Barcelona, Reino de España: Masson.

Cuadro 14

Hallazgos clínicos de la encía: sangrado

Sexo femenino					
Hallazgos clínicos de la encía : sangrado					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Sangra	0	4	24	28	25.69
No Sangra	9	22	50	81	74.31
Total	9	26	74	109	100.00

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 14

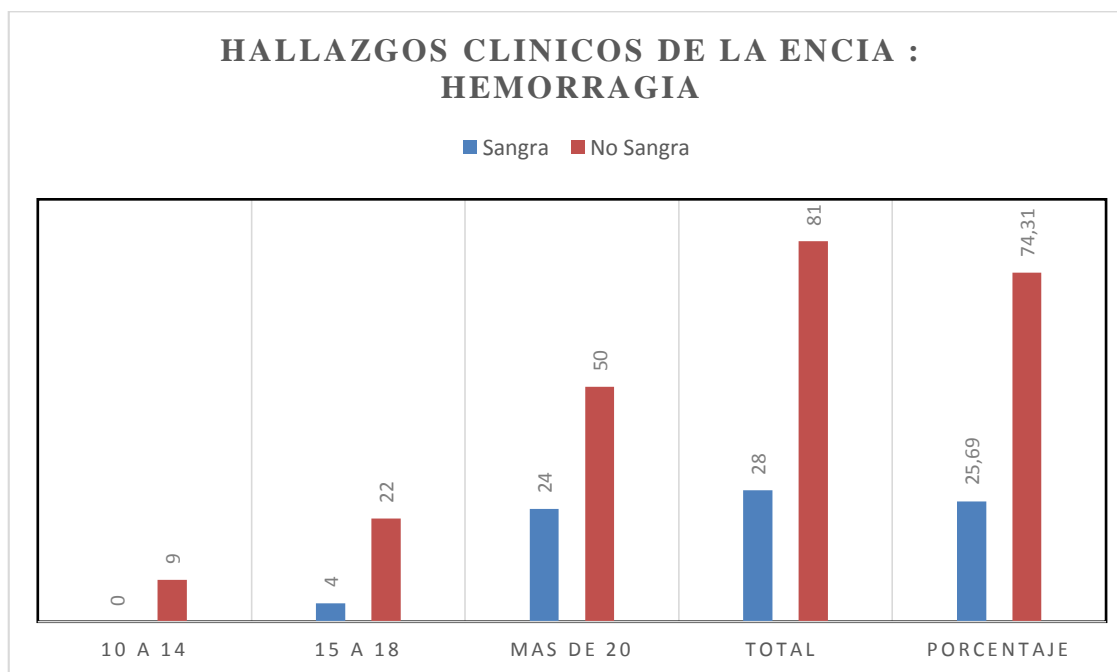


Grafico 14: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 60

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y grafico 14, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según sula hemorragia los pacientes de sexo femenino presentan 28 casos de sangrado que representa un 25,69 %, 81 pacientes no presentaron sangrado que es igual 74,31%.

Continuando con el estudio Quisigüiña⁴⁹(2012)dicen que:

Cuando más tiempo permanezcan la placa y el sarro sobre los dientes, más daño pueden hacer. Las bacterias causan una inflamación de las encías. Si una persona tiene gingivitis, las encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente. p. 19

⁴⁹Quisigüiña, S. (7 de noviembre de 2012). *RELACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL...etc.*
Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/524/1/T-UCE-0015-36.pdf>
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/524/1/T-UCE-0015-36.pdf>

Cuadro 15

Hallazgos clínicos de la encía: sangrado

Sexo Masculino					
Hallazgos clínicos de la encía : sangrado					
	10 a 14	15 a 18	más de 20	Total	Porcentaje
Sangra	2	0	14	16	44.44
No Sangra	6	6	8	20	55.56
Total	8	6	22	36	100.00

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 15

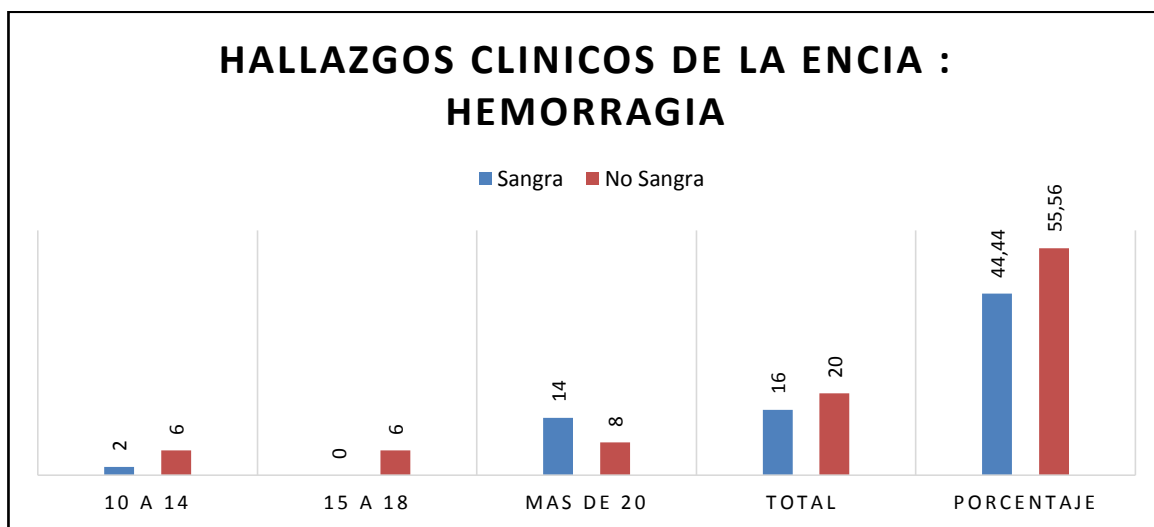


Grafico 15: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 62

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 15, respecto a los hallazgos clínicos de la encía según su hemorragia los pacientes de sexo masculino presentan 16 casos de sangrado que representa un 44,44 %, 20 pacientes no presentaron sangrado que es igual 55,56%.

Analizando la publicación de Barreto⁵⁰(2009)narran que:

La gingivitis es considerada la causa que más se relaciona con las enfermedades periodontales, esta se representa por una inflamación, caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, cambio en el contorno del tejido gingival, pérdida del tejido de adaptación del diente e incremento del fluido gingival(pág. 9) p.19

⁵⁰Barreto, B. R. (2009). *Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años*. MEDISSAN. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.htm

Cuadro 16

Índice Gingival

<i>Índice de gingivitis de Loe & Silness</i>														
<i>Índice Gingival</i>														
	<i>Sexo Femenino</i>						<i>Sexo Masculino</i>						<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
	<i>10 a 14</i>	<i>%</i>	<i>15 a 18</i>	<i>%</i>	<i>más de 20</i>	<i>%</i>	<i>10 a 14</i>	<i>%</i>	<i>15 a 18</i>	<i>%</i>	<i>más de 20</i>	<i>%</i>		
0 - normal	8	88.89	20	76.92	39	52.70	7	87.50	6	100	3	13.64	83	57.24
1 - leve	1	11.11	4	15.38	24	32.43	1	12.50	0	0	11	50.00	41	28.28
2 - moderado	0	0	2	7.69	11	14.86	0	0.00	0	0	6	27.27	19	13.10
3 - severo	0	0	0	0	0	0.00	0	0.00	0	0	2	9.09	2	1.38
Total	9	100	26	100	74	100	8	100	6	100	22	100	145	100.

Nota: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis.

Grafico 16

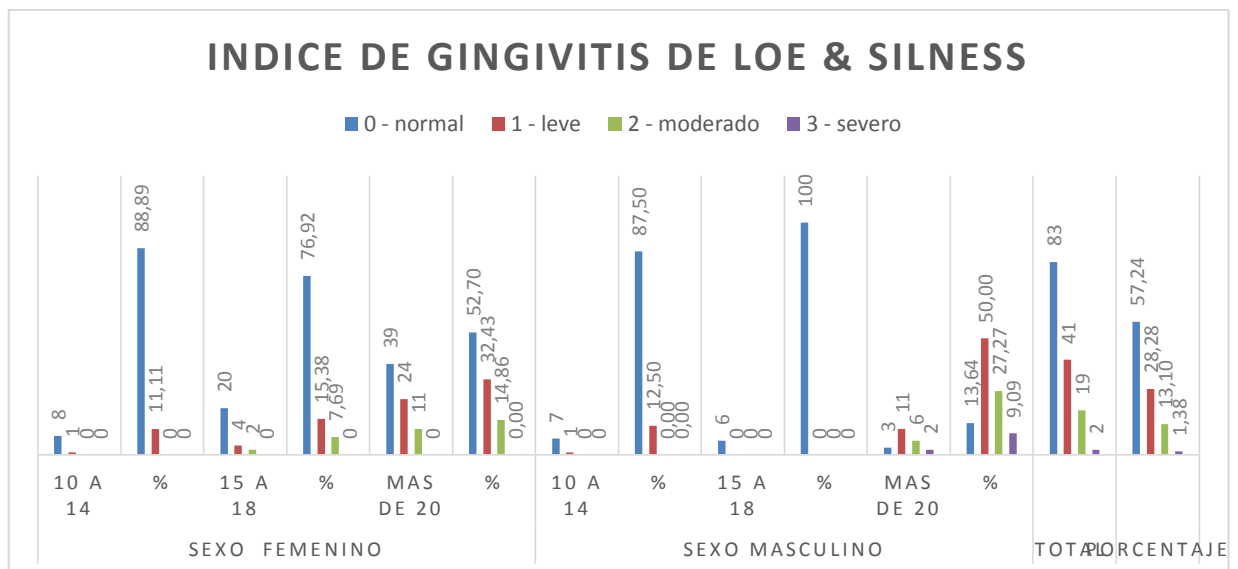


Grafico 16: Ficha de observación realizada a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, del cantón Junín. Realizada por el autor de la tesis. Cap. IV pág. 64

Análisis e interpretación:

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 16, respecto al índice gingival observamos que las pacientes de sexo femenino en el grado 0 hubieron 77 casos que corresponden al 70,64% en grado 1 hubieron 29 casos que es igual al 26,61% que en el grado 2 se presentaron 3 casos que representa el 2,75% y no hubieron casos severos o de grado 3, a diferencia de los pacientes de sexo masculino en el grado 0 hubieron 16 casos que corresponden al 44,44% en grado 1 hubieron 12 casos que es igual al 33,33% que en el grado 2 se presentaron 6 casos que representa el 16,67% y 2 casos severos o de grado 3 que es igual 5,56%.

Analizando el artículo de Vallecillo,⁵¹(2002), el cual dice:

Este índice existe 4 grados:

Grado 0. Encía normal, ninguna inflamación, ningún cambio de color, ninguna hemorragia. Grado 1. Inflamación leve, ligera cambio de color, pequeña alteración de la superficie, ninguna hemorragia. Grado 2. Inflamación moderada, enrojecimiento, hinchazón, hemorragia al sondear y a la presión. Grado 3. Fuerte inflamación, enrojecimiento intenso, hinchazón, tendencia a las hemorragias, eventualmente ulceración. P. 17

⁵¹ Vallecillo, C. (2002). Avances en la periodoncia e implantología. Importancia de los índices periodontales en la evaluación de los implantes osteointegrados. Madrid: Elsevier.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones.

Se establece que los signos clínicos de la encía observada en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín, presentan tanto en el sexo masculino y femenino en mayor porcentaje un color rosa coral, en mayores de 20 años y un porcentaje no considerable de rojo intenso, en ambos. En cuanto a su forma, el mayor porcentaje en ambos sexos se dio en mayores de 20 años con bisel, sin embargo en los varones existe un pequeño porcentaje con forma de bisel o filo de cuchillo en la edades de 10 a 14 años, al igual forma piramidal y aplanada en mayores de 20 años.

En el sexo masculino y femenino en los mayores de 20 años la mayoría presentaron una encía firme, textura graneada o cascara de naranja. En su tamaño en el sexo femenino presentaron un porcentaje alto de encía normal en mayores de 20 años, sin embargo una cantidad no considerable presentan hiperplasia en mayores de 20 años, en el sexo masculino la mayoría presento hiperplasia en los mayores de 20 años.

En relación al sangrado en el sexo femenino no existió sangrado pero en el sexo masculino se encontró que sus encías sangran en un porcentaje considerable en mayores de 20 años.

Se identificó que el género más afectado es el sexo femenino con una gingivitis leve en la edad de mayores de 20 años, presentando el género masculino en menor proporción una gingivitis moderada en mayores de 20 años

5.2. Recomendaciones.

Se recomienda que los pacientes realicen visitas periódicas al Centro de Salud en el área de odontología para disminuir procesos que alteran la salud bucal.

La realización de charlas a las comunidades vecinas por parte del centro de atención y así incentivar al cuidado de la salud oral.

CAPITULO VI

6. Propuesta.

6.1. Título de la propuesta.

Fortalecimiento de la higiene bucal a los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín.

6.1.1. Entidad ejecutora.

Centro de Salud Junín

6.2. Clasificación del proyecto.

De orden social y tipo educativa.

6.3. Localización.

Centro de salud Junín se encuentra ubicado en la calle Eloy Alfaro, del cantón Junín, provincia de Manabí, República del Ecuador.

6.4. Justificación.

La investigación realizada en el Centro de salud Junín permitió conocer el escaso conocimiento y la poca importancia que los pacientes tienen acerca de su cavidad oral y las repercusiones que ocasionarían una deficiente higiene en el mantenimiento de sus tejidos periodontales, lo cual ocasiona las enfermedades periodontales como la gingivitis y periodontitis, en este caso la mayoría presentaron gingivitis leve, por lo que fue importante, la realización de charlas encaminadas a incentivar a los usuarios a mejorar su higiene dental y el asistir a las consultas odontológicas del cantón Junín, provincia de Manabí, República del Ecuador.

6.5. Marco institucional.

Este centro de salud se encuentra ubicado en el cantón Junín, provincia de Manabí, en la calle Velasco Ibarra. En la zona urbana de dicho cantón. Fue fundado en el año 1963, cuando el Gobierno Nacional de ese entonces establece un convenio con la OMS y la UNICEF, en el cual el Cantón Junín se favorece con un servicio de salud denominado PISMA (Plan Integral de Salud de Manabí).

En el año 1988 el Director de ese Centro de Salud, conjuntamente con otros profesionales de la medicina, entre ellos el Dr. Agustín Navia, debido a la alta mortalidad materna infantil solicito a la Dirección Provincial de Salud, la ampliación del Centro de Salud, especialmente en lo relacionado al área Materno Infantil, denominándose a partir de

entonces Centro Materno Infantil, prestando servicios desde el 22 de abril del mismo año, con los departamentos de Medicina Interna, Pediatría, Odontología, Farmacia, Estadística, entre otros.

En el año 2002 fue inaugurada una infraestructura física con la remodelación se independiza el área de laboratorio clínico, la capilla, el parque, y la sala de emergencias.

6.6. Objetivos:

6.6.1. Objetivo general.

Mejorar la higiene bucal en los pacientes del Centro de salud Junín.

6.6.2. Objetivos específicos.

Instruir a los pacientes que asisten al centro de salud de Junín acerca de la importancia de la salud oral y las consecuencias de esta en los tejidos periodontales.

Motivar a los pacientes la realización de una correcta práctica de higiene oral.

6.7 Descripción de la propuesta

La siguiente propuesta, es de tipo social y de orden educativo, estuvo enfocada a involucrarlos, para concretar el compromiso de cumplir con las respectivas medidas de prevención en función del Centro de salud Junín. Cuya finalidad fue instruir y promover cambios de actitud que conlleven a mejorar la salud bucal en general debido a aquello se realizaron charlas y trípticos los cuales tuvieron puntos relacionados con la técnicas, frecuencias e instrumentos relacionados adecuados para la realización de una correcta higiene bucal.

6.8. Responsables.

Autor de ésta tesis: Alex Arnoldo Acosta Arellano.

6.9. Beneficiarios.

Beneficiarios directos: los pacientes atendidos en el Centro de Salud Junín

Beneficiarios indirectos: personal que labora en el mismo.

6.10. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se contó con la colaboración del Directora del centro de salud Junín. Para el cumplimiento de los objetivos se realizaron las siguientes actividades:

Primera etapa: Se socializo la propuesta a la Directora del Centro de Salud Junín, y firmar compromisos.

Segunda etapa: Se llevó a cabo charlas de prevención de salud bucal, especialmente de la gingivitis, para lo cual se contó con un material didáctico. Se utilizó gigantografías, fantomas plásticos y cepillos didácticos con el fin de captar la atención de los pacientes y que su entendimiento sea de una manera clara.

6.11. Factibilidad.

Este proyecto fue factible, porque se tuvo la colaboración de la Directora del Centro de Salud Junín y el personal que labora en el centro de salud para la realización de estas actividades a beneficio de los pacientes.

6.12. Sostenibilidad.

Este proyecto fue sostenible debido al apoyo de la Directora de la Centro de Salud Junín para todas las actividades realizadas en beneficio a los pacientes. Además el apoyo del personal que labora en el centro de salud el mismo que realizara en el futuro réplicas de las recomendaciones otorgadas.

Cronograma.

En el mes de Junio

Cronograma de propuesta					
Actividades.	Junio.				
	16	18	22	23	24
Reunión con la directora del Centro de salud Junín	X				
Elaboración de un Cronograma de Trabajo.		x			
Charlas a los pacientes sobre prevención De salud oral y complicaciones periodontales especialmente gingivitis			x		
Charlas a los pacientes de la importancia de la salud oral y su importancia				X	
Entrega de gigantografía y trípticos que contienen información sobre la higiene oral y el cuidado que deben tener los pacientes del centro de salud					x

6.13. Recursos

6.13.1 Humanos

Pacientes que se atienden y personal que labora en el Centro de Salud Junín.

Investigador

6.13.2 Técnicos.

Computador, pen drive, cámara fotográfica, impresora

6.13.3. Materiales

Trípticos, carteles, copias.

6.13.4. Financiero

La propuesta fue financiada en su totalidad por el autor de la investigación.

6.14. Presupuesto.

Tabla

Presupuesta de la Propuesta

Rubros.	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Gigantografía.	1	\$15	\$15
Fotocopias de Folletos.	100	\$ 0,05	\$ 5
Fantomas plásticos y cepillos dentales didácticos.	1	\$ 20	\$ 20
Trípticos	145	\$0.10	\$14.50
Subtotal			\$54.50
Imprevisto 10%			\$5.45
Total			\$59.95

Nota: Presupuesto de la propuesta alternativa. Realizado por el autor de esta tesis. Fuente: Presupuesto realizado por la autora de esta tes

ANEXOS

Anexo 1

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
SEXO	Cualitativo Ordinal	Masculino Femenino	Sexo Biológico	Frecuencia Porcentaje
EDAD	Cuantitativo continuo	1. 5-14 años 2. 15-19 años 3. Mayor de 20 años	Edad Cronológica	Frecuencia Porcentaje
ESTADO GINGIVAL	Cualitativo Ordinal	GRADO 0	Encía Sana	Frecuencia Porcentaje
		GRADO 1	Inflamación leve, se observa con ligero enrojecimiento gingival sin hemorragia al sondeo	
		GRADO 2	Inflamación moderada, color rojo y aspecto brillante, con hemorragia al sondeo.	
		GRADO 3	Inflamación severa, marcado enrojecimiento, edema y ulceraciones, tendencia a sangrar espontáneamente.	

Anexo 2

PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuente de financiamiento autor	Fuente de financiamiento
Caja de Guantes	2	Caja	\$8.00	\$16.00	\$8.00	
Caja de Mascarillas	1	Caja	\$5.00	\$5.00	\$5.00	
Espejos, exploradores	40	unidad	\$3.00	\$120.00	\$120.00	
Fotocopias	300	unidad	\$0.03	\$9.00	\$9.00	
Impresiones	120	Unidad	\$0.10	\$12.00	\$12.00	
Viáticos				\$30.00	\$30.00	
Subtotal				\$192	\$237.75	
			Impuestos 10%	\$19.2	\$23.75	
			Total	\$211.2	\$261.50	

Anexo 3

CRONOGRAMA

DECIMO OCTAVA PROMOCION		2015											
		ago	ago	ago	ago	ago	ago	ago	ago	ago	ago	ago	ago
ACTIVIDADES	2014	2015											
		sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago
ELABORACION DE PROYECTO	3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
PRESENTACION DE PROYECTOS													
APROBACION DE PROYECTOS													
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION													
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION													
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION													
ANALISIS E INTERPRETACION													
ELABORACION DE CONCLUSIONES													
ELABORACION DE PROPUESTA													
REDACCION DEL BORRADOR													
REVISION DEL BORRADOR													
PRESENTACION DE INFORME FINAL													

UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO



**CARRERA DE ODONTOLOGÍA
FICHA DE OBSERVACION DENTAL**

Nº de Historia Clínica _____

Nombre _____
Apellido paterno Apellido Materno Nombre(s)

Fecha _____ **Edad** _____ **Género:** Masculino ___ Femenino ___

Teléfono _____ **Domicilio-Dirección** _____

Estudiante responsable de su atención _____

HALLAZGO CLÍNICOS DE LA ENCÍA			
COLOR	ROSA CORAL	ROJOINTENSO	ROJO AZULADO
FORMA	BISEL O FILO DE CUCHILLO	PIRAMIDAL Y APLANADA	BULBOSA
CONSISTENCIA	RESISTENTE		BLANDA
TEXTURA	GRANEADA O CASCARA DE NARANJA		LISA
TAMAÑO	NORMAL	HIPERTROFIA	HIPOPLASIA
HEMORRAGIA	SANGRA	NO SANGRA	

Anexo 5

INDICE GINGIVAL DE LOE & SILNESS				
PIEZAS	0	1	2	3
16				
21				
24				
36				
41				
44				

Anexo 6

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDA A LOS PACIENTES DEL
CENTRO DE SALUD JUNÍN**

Investigador: **ALEX ARNOLDO ACOSTA ARELLANO**

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante, _____

Con residencia en, _____

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Prevalencia de gingivitis en los pacientes que acuden al Centro de Salud Junín.

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

Después de consultarle, accedo a cooperar con el investigador.

Estoy de acuerdo que mis datos clínicos odontológicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados del autor principal de la investigación. Me consta que puedo ejercer mi derecho a acceder y a corregir esta información.

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 directamente por los representantes de las autoridades Universitarias. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y firma del investigador:

Nombre y firma del participa

Anexo 7



Gráfico N° 12: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis.



Gráfico N° 13: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis



Gráfico N° 14: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis



Gráfico N° 15: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis



Gráfico N° 16: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis



Gráfico N° 17: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis



Gráfico N° 18: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis

ANEXO 8

Tríptico de la propuesta

UN CORRECTO CEPILLADO

El cepillado correcto lleva al menos dos minutos. Así es 120 segundos.

La mayoría de los adultos no se cepillan durante todo el tiempo. A fin de tener una idea del tiempo involucrado, utilicen un cronómetro.

Para cepillarse correctamente los dientes, use movimientos arriba y abajo, prestando especial atención a la línea de la encía, los dientes posteriores de difícil acceso y las zonas donde se acumulan, costuras y otras reparaciones. Continúen en limpiar bien cada sección de las siguientes maneras:

- Limpie las superficies externas de los dientes superiores y luego las de los dientes inferiores.
- Limpie las superficies internas de los dientes superiores y luego las de los dientes inferiores.
- Limpie las superficies de masticación.
- Para tener un aliento más fresco, no olvide cepillarse también la lengua.

CUIDADOS DE LA SALUD ORAL

ALEX AOSTA ARELLANO

¿Que es la encía?
¿Cuales son las enfermedades de las encías?
¿Como evitarlas?
¿Técnica de cepillado?

Prevención en higiene oral

¿QUE ES LA ENCÍA?

Es una mucosa que recubre la base de los dientes. La encía actúa como una base para los dientes, que cubre y protege las raíces de los dientes contra las lesiones.

Una encía sana se puede reconocer gracias a su color, que es rosa pálido.

La causa principal de las enfermedades de las encías es la acumulación con el tiempo de la placa dental.

Una buena higiene bucodental. Una de las principales causas de pérdida de dientes es la gingivitis o enfermedad de las encías, que puede evitarse de llevar a cabo una correcta y adecuada higiene oral y detectar de forma precoz con visitas periódicas al dentista.

¿QUE ES PLACA BACTERIANA?

El sarro es placa bacteriana calcificada. Cuando las bacterias se unen algunas forman núcleos de cristalización que capturan sales minerales en especial, calcio.

¿CUALES SON LAS ENFERMEDADES DE LAS ENCÍAS?

GINGIVITIS
es una inflamación de las encías debida a la presencia de bacterias. Cuando aparece no es dolorosa, pero si no se trata puede convertirse en periodontitis, que afecta gravemente a los dientes y puede hacer que se suelten.

PERIODONTITIS
es una infección de los tejidos y huesos que soportan los dientes. La enfermedad de las encías no tratada puede ser muy grave, haciendo que los dientes se aflojen o caigan.

¿COMO DETECTAR ENFERMEDADES?

Enojamiento por la inflamación. Por lo general cuando se vuelve de color rojo brillante y está hinchada significa que existe alguna enfermedad. Aumento de volumen: es un síntoma de la inflamación. Y acumulación de calcio que es placa bacteriana calcificada.

Sangramiento: esto es uno de los principales síntomas que como ocurren.

Pérdida del punto de la encía: ya no puede ser signo de piel de naranja que concierne a su buena salud.

¿COMO EVITARLAS?

- Cepille los dientes tres veces al día (usando un pasta de dientes con fluor). Después de cada comida.
- Use hilo dental regularmente para remover la placa de entre los dientes.
- Puede usar un cepillo manual para limpiar entre los dientes o planicie que le recomiende un profesional de salud dental.
- Vaya al dentista regularmente para chequeos y una limpieza profesional.
- No fume.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, E. H. (24 de mayo de 2011). *Manual de higiene bucal* . Obtenido de universidad verarusana : <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/manual-de-higiene-bucal.pdf>
- Aguilar, G. (2010). *tecnicas de higuiene bucal en el adulto mayor* . loja: tesis de grado.
- Anit, P. J. (2010). *pdf*. Obtenido de http://www.fodonto.uncu.edu.ar/upload/Teorico_Periodonto_20101.pdf
- Asociación Dental Americana. (2012). *Mouth Healthy* . Obtenido de Uso de la Seda Dental: <http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/f/flossing>
- Baca, C. &. (2005). *Odontología preventiva y comunitaria*. Barcelona, Reino de España: masson.
- Barranca, A. (2011). *MANUAL DE TECNICA DE HIGIENE*. VERACRUZ.
- Barranca, A. (2011). Manual de Técnicas de salud Bucal. *Manual de tecnicas de Hiegiene Oral*, (pág. 4). Veracruz. Recuperado el 11 de junio de 2015, de <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>
- Barreto, B. R. (2009). *Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años*. MEDISSAN. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san06109.ht

bascones. (2009). *Periodontología e implantología oral*. Barcelona: Medicas Denales.

Bascones, A. (2009). *Medicina bucal*. Madrid, Reino de España.

Bosch, C. &. (1998). *atlas de sindromes pedtricos*. Barcelona.

Camacho, M. (2007). *Historia del cepillo de dientes*. Buenos Aires: Universidad de Palermo.

Obtenido de

http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/vista/detalle_articulo.php?id_articulo=3768&id_libro=28

CARGAMO, M. f. (2007). BOGOTA: ELSEIVER.

Carranza. (2010). *Periodontologia Clinica*. Estados Unidos de Mexico: Elsevier.

Casian, R. (2011). Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. *reportecde casi clinico* (pág. 1). Habana: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v4n2/art07.pdf>.

Castrejon, L. (2008). *Métodos De Higiene Dental*. Caracas . Obtenido de

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

Chiego, D. J. (2014). *Principios de Histología Y embriología Bucal*. Barcelona, Reino de España: Elsevier.

Chimenos, E. (1996). *Anales de Odontoestomatología*. Recuperado el 2015, de Perspectiva evolutiva del cálculo dental: <http://core.ac.uk/download/pdf/16204870.pdf>

colgate. (2012). *basicos de la higiene bucal*.

Cuenca, E. (2013). *Odontologia preventiva y comunitaria* (4ED. ed.). Barcelona, Reino de España: Elsevier.

De Carlos, F. (2005). *Manual del tecnico Superior en Higiene Bucodental* (Primera ed.).

Madrid, Reino de España: Mad.

Delta, D. (2012). *Delta Dental*. Obtenido de

https://www.deltadentalins.com/es/salud_oral/oral_health.pdf

Escandón, D. M. (2003). Contenidos Educativos. *Centro Nacional de Vigilancia*

Epidemiológica y Control de Enfermedades, 8. Obtenido de

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/manual_contenidos_educativos.pdf

Feijón., E. M. (enero-abril de 2011). *Gingivitis. Características y prevención*. Obtenido de

ENFERMERÍAdermatológica : file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-GingivitisCaracteristicasYPrevencion-4080825.pdf

Flemming, T. (1995). *COMPENDIO DE PERIODONCIA*. Barcelona, Reino de España:

Masson.

Giménez, X. S. (2009). AGRESION GINGIVAL CON LOS PROCEDIMIENTOS

RESTAURADORES. En B. A. (Ed.), *acta odontologica venesolana*, 47, pág. 21.

caracas. Obtenido de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/3/art20.asp>

Gomez de Ferraris, M. E. (2008). *Histologa, embriologa e ingeniera tisular bucodental* (3

ed.). Madrid, Reino de España: panamericana.

Gomez, F. &. (2007). *Fundamento de la odontologia*. Bogota.

Harpenau, L. (2014). *Periodoncia e implantologia dental de Hall*. USA: Manual moderno.

Hernández-Martínez, C. T. (2013). Uso de auxiliares para la higiene bucal y su distribución.

higiene oral (pág. 161). Yucatan: RIC. Obtenido de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn142i.pdf>

Higashida. (27 de noviembre de 2009). *slideshare*. Obtenido de

<http://es.slideshare.net/marco5465/ciencias-de-la-salud-higashida>

higienistasvitis. (2010). Sedas y cintas dentales: la herramienta para una higiene completa.

buenos habitoi de la salud buco dental, (pág. 2). Obtenido de

[http://www.higienistasvitis.com/pdf/Salud%20buco dental%20-](http://www.higienistasvitis.com/pdf/Salud%20buco dental%20-%20Hilo%20dental%20-%20Higienistas%20VITIS.pdf)

[%20Hilo%20dental%20-%20Higienistas%20VITIS.pdf](http://www.higienistasvitis.com/pdf/Salud%20buco dental%20-%20Hilo%20dental%20-%20Higienistas%20VITIS.pdf)

Humanos, E. D. (18 de mayo de 2010). *National Oral Health Information*. Obtenido de

[http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-](http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/salud-bucal.pdf)

[datos/salud-bucal.pdf](http://womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/salud-bucal.pdf)

J Lindhe, T. K. (2008). *Periodontología Clínica e Implantológica*. (4ta edicion ed., Vol. 1).

Madrid, España: Panamericana.

J. FERNÁNDEZ AMÉZAGA. (2002). Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención

Primaria. *Hablemos de practica clinica*. Obtenido de

<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n1/hablemosde2.pdf>

J., t. (2010). *Relación del nivel hormonal y la gingivitis en niños de 10 a 13*

años del Colegio Particular Mi Buen Jesus. Lima: universidad san marcos mayor .

Lindhe, J. (2009). *Periodoncia Clínica e Implantología Odontológica* (5ta Edición ed.).

Buenos Aires, República de Argentina: Panamericana.

Lopera, T. (2011). *Cultura preventiva y enfermedades bucales en niños*. Portoviejo:

Universidad San Gregorio de Portoviejo. Obtenido de [http://186.42.197.153/TESIS-](http://186.42.197.153/TESIS-USGP/ODO/T447.pdf)

[USGP/ODO/T447.pdf](http://186.42.197.153/TESIS-USGP/ODO/T447.pdf)

Manson, J. (2010). *periodoncia*. barcelona: elseiver.

Masson, J. (2012). *Peiodoncia*. Barcelona: Elsevier.

Miñana, V. (2011). Promoción de la salud bucodental. *Pediatría Atención Primaria*, 13.

Recuperado el 11 de junio de 2015, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000300010&script=sci_arttext)

[76322011000300010&script=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322011000300010&script=sci_arttext)

Morantes, S. (2006). Revisión de la literatura y perspectiva actual. *Avances en Periodoncia e*

Implantología Oral Antisépticos orales. Madrid: scielo. Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1699-65852006000100004

Murica, L. (2005). *SALUD BUCAL EN ESCOLARES* . Honduras.

Newman, C. (1998.). *Periodontología Clínica* . Madrid: panamericana.

OMS. (12 de Junio de 2007). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de El Blog de

Salud, : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Plana, J. (2005). *Manual del técnico superior en higiene bucodental* (Primera ed.). Madrid,

Reino de España: Mad.

- Planilla, M. (28 de junio de 2011). *blogger*. Obtenido de
<http://opsbernal.blogspot.com/2011/06/indice-de-oleary.html>
- Poyato, M. (marzo-junio de 2001). Periodoncia para el higienista dental. *Periodoncia* , 2(11), 151-152. Obtenido de
http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/REVISTA_PO/articulos.pdf/11-2_05.pdf
- Quintana, S. (2010). *unmsm*. Obtenido de
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/clemente_rc.pdf
- Quisigüiña, S. (7 de noviembre de 2012). *Relacion de la enfermedad Periodontal*. Obtenido de
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/524/1/T-UCE-0015-36.pdf>
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/524/1/T-UCE-0015-36.pdf>
- Riojas, M. T. (2014). *Anatomia Dental* (3 ed.). (O. Raul, Ed.) DF, Estados Unidos de Mexico: El Manual Moderno.
- Rodríguez, Z. (20 de marzo de 2008). Enfermedad gingival. Resultados obstétricos. *Biblioteca Virtual de Salud de Cuba*, 1. Obtenido de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24_1_08/enf04108.htm
- Roxana E. Molachino. (2011). Importancia del cepillado de dientes. Uba salud. Obtenido de
<http://www.uba.ar/extension/salud/difusion/nota28.php>
- Santos, V. (2008). *Higiene Dental Personal Diaria*. Canada: Trafford.

Soberani, M. J. (2011). salud dental . *manual de salud bucal* . Vera Cruz . Obtenido de

http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-salud-bucal_joseantoniosoberanis.pdf.

orres, J. (2010). RELACIÓN DEL NIVEL HORMONAL Y LA GINGIVITIS EN NIÑOS DE 10 Y 13. *RELACIÓN DEL NIVEL HORMONAL Y LA GINGIVITIS EN NIÑOS DE 10 Y 13* (pág. 19). Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS .

Vallecillo, C. (2002). Avances en la periodoncia e implantología. *Importancia de los índices periodontales en la evaluación de los implantes osteointegrados*. Madrid: Elsevier.

Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852002000200005

Vargas, M. (2007). *memorias...* mexico: juares .

Velayos. (2007). *Anatomía de la cabeza y cuello* (4ta ed.). Bogota, Republica de Colombia: panamericana.

Vermillion, G. y. (1960). *Oral Hygiene Index*. (K. Moslehzadeh, Editor) Obtenido de

<http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/Oral-Hygiene-Indices/Oral-Hygiene-Index-Greene-and-Vermilion-1960-/>

Zerón, A. (2001). *Nueva clasificación de las enfermedades*. mexico. Obtenido de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2001/od011d.pdf>