



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN LOS ESTUDIANTES
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS
PRESENCIAL, SEXO FEMENINO, PERIODO MAYO-JULIO DEL 2014.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGA

AUTORA

María Lourdes Cuenca Enríquez

DIRECTORA

Odt. Esp. Karina Vanessa Íñiguez Armijos

2014

CERTIFICACIÓN

Odt. Esp.

Karina Vanessa Iñiguez Armijos

DOCENTE DEL AREA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Certifica:

Que la presente tesis titulada: **"NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, SEXO FEMENINO, PERIODO MAYO-JULIO DEL 2014"** elaborada por la Srta. María Lourdes Cuenca Enríquez ha sido revisada bajo mi dirección y supervisión, por lo tanto y al haber cumplido bajo los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, Octubre del 2014

Atentamente,



Odt. Esp. Karina Vanessa Iñiguez Armijos

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, María Lourdes Cuenca Enríquez declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora : María Lourdes Cuenca Enríquez

Firma : 

Cédula : 1103693220

Fecha : Loja, Octubre 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, María Lourdes Cuenca Enríquez, declaro ser autora de la tesis **“NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, SEXO FEMENINO, PERIODO MAYO-JULIO DEL 2014”**, como requisito para optar al grado de Odontóloga General, Autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI en las redes sociales información del país y del exterior con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, la ciudad de Loja a los, cuatro días del mes de Noviembre

Firma la autora.

Autora : María Lourdes Cuenca Enríquez

Cedula : 1103693220

Dirección : Barrio Capulí Loma, calle Huancavilca y Nagera.

Correo Electrónico : Marylourdes1025to@gmail.com

Teléfono : 0987494420

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora : Odt. Esp. Karina Vanessa Iñiguez Armijos.

Tribunal de grado : Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

: Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega, Mg. Sc

: Odt. Esp. Tannya Lucila Valarezo Bravo

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios por que supo guiarme por el buen camino y he podido enfrentar un millón de adversidades y poder seguir en adelante enfrentando los problemas que se presentan en la vida cotidiana.

A mi familia, mi madre quien fue la base fundamental, para poder llegar a la culminación de la carrera; mi padre que me incentivo a poder terminar mi carrera con su apoyo moral y económico que me dio para seguir en adelante, a mis tías, esposo e hijo que me apoyaron de la mejor manera para poder llegar a cumplir una meta mas en mi vida.

AUTORA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme ciencia prudencia y sabiduría y por el don de la Vida, a mi familia por todo el esfuerzo dedicación y por darme todo su apoyo incondicional.

A mi distinguidos docentes quienes me brindaron sus sabios consejos para poder adquirir los conocimiento que me servirán en mi vida profesional.

A mi directora de tesis quien supo guiarme y brindarme sus sabios consejos, confianza, tiempo, apoyo incondicional y orientarme de la forma más correcta con mi tesis para poder llegar a la culminación de la misma.

AUTORA

1. TITULO

**NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN LOS ESTUDIANTES
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS
PRESENCIAL, SEXO FEMENINO, PERIODO MAYO-JULIO DEL 2014**

2. RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivos: Determinar la necesidad de tratamiento periodontal aplicando el índice del CPITN en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja modalidad presencial, sexo femenino, periodo Mayo - Julio del 2014; evaluar el estado periodontal según el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal (CPITN); determinar el grado de afectación periodontal, aplicando el índice de enfermedad periodontal de Ramfjord.

Los materiales y métodos que se emplearon fueron: el índice CPITN que puede ser aplicado en una comunidad grande, usando la sonda OMS y el índice periodontal de Ramfjord. Para la obtención de los datos se examinó a los estudiantes y se registró esta información en la Historia Clínica periodontal la cual contiene todos los parámetros a evaluar.

En los resultados obtenidos sobre el grado de afectación periodontal, 221 personas que representan el 49% están sanas; 137 con un 30% presentan cambios inflamatorios leves a moderados que no se extienden alrededor de todo el diente; 93 personas con un 21% presentan gingivitis leve a moderada; 1 persona con un porcentaje de 0,2% presenta Gingivitis intensa; en cuanto a la pérdida de inserción: 388 estudiantes con un 86% están sanas, 61 con un 13% no presentan bolsas mayores de 3 mm, 1 persona con el 0.2% presenta bolsa de 3 a 6 mm y ninguna de las personas no presenta bolsas mayores de 6 mm. Con lo que procedemos a evaluar la necesidad de tratamiento periodontal que señala, 225 (50%) no necesitan tratamiento periodontal, 147 (33%) necesitan mejorar la Higiene Bucal, 78 (17%) necesitan raspado radicular, eliminación de restauraciones desbordantes y de mejorar la higiene bucal, y solo 2 (0.4%) necesitan un tratamiento complejo. Llegando a la conclusión que la mayoría de las estudiantes presentan un periodonto sano o necesita instrucción de Higiene Oral y solo una minoría necesita raspado radicular, eliminación de restauraciones desbordantes o un tratamiento complejo.

Palabras clave: Tratamiento periodontal, Necesidad de tratamiento, Afectación periodontal, CPITN, IEP

ABSTRACT

The present thesis had like objectives: To determine the need for treatment periodontal applying the index of the CPITN in the students of the National University of Loja form, feminine sex, period May - July, 2014; to evaluate the condition periodontal according to the Index of Need for Treatment Periodontal (CPITN); to determine the affectation grade periodontal, applying the illness index periodontal of Ramfjord.

The materials and methods that were used were: the index CPITN that can be applied in a big community, using the probe WHO and the index periodontal of Ramfjord For the securing of the information one examined the students and their registered this information in the Case history periodontal which contains all the parameters to be evaluated.

In the results obtained on the grade of affectation periodontal, 221 persons who represent 49 % are healthy; 137 with 30 % present light inflammatory changes to moderated that do not spread about the whole tooth; 93 persons with 21 % present gingivitis set sail to moderate; 1 person with a percentage of 0,2 % presents intense Gingivitis; as for the loss of insertion: 388 students with 86 % are healthy, 61 with 13 % do not present major 3 mm bags, 1 person with 0.2 % presents bag, from 3 to 6 mm and none of the persons presents major 6 mm bags). With what we proceed to evaluate the need for treatment periodontal that it indicates, 225 (50 %) does not need treatment periodontal, 147 (33 %) needs to improve the mouth hygiene, 78 (17 %) needs curettage, elimination of imperfect restorations and of improving the mouth hygiene, and only 2 (0.4 %) needs a complex treatment. Coming to the conclusion that most of the students present a healthy Periodontic or he needs instruction of Oral Hygiene and only minority needs curettage, elimination of imperfect restorations or a complex treatment.

Key words: Periodontal treatment, Need for treatment, periodontal Affectation, CPITN, IEP

3. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son un problema cada vez mayor, para los sistemas de salud y para las sociedades de todo el mundo. Algunas de ellas y sus tratamientos farmacológicos están relacionados con la enfermedad periodontal (Zapata Paredes CJ, 2013, pág. 2).

La enfermedad periodontal es una de las dos enfermedades orales más importantes que contribuyen a la carga mundial de enfermedades crónicas. Es un proceso infeccioso que destruye los tejidos de soporte de los dientes, con diferentes manifestaciones clínicas, y los síntomas pueden aparecer en formas agudas o crónicas, presentando un carácter multifactorial (Zapata Paredes CJ, 2013, pág. 2).

El Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal en la Comunidad (INTPC), propuesto por la Organización Mundial de la Salud, es un método ampliamente utilizado, estandarizado y sencillo que permite establecer las necesidades de tratamiento, lo que facilita la toma de decisiones para la implementación de programas que limiten el daño en la comunidad.

Por eso se plantea el tema que tiene como objetivos: Determinar la necesidad de tratamiento periodontal y evaluar el estado periodontal aplicando el índice del CPITN en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja modalidad presencial sexo femenino, periodo Mayo - Julio del 2014 y determinar el grado de afectación periodontal, aplicando el índice de enfermedad Periodontal de Ramfjord.

Con el propósito de conocer el estado actual de salud bucodental y principales patologías del sistema estomatognatico, de los estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja, en el periodo Mayo Julio del 2014, y mejorar las condiciones de salud bucodental como parte de la salud integral y el bienestar de los mismos.

Dentro de los resultados obtenidos sobre el grado de afectación periodontal tenemos: 221 personas con 49% presentan ausencia de inflamación, 137 con un 30% presentan cambios inflamatorios leves a moderados que no se extienden alrededor de todo el diente, 93 personas con un 21% presentan gingivitis leve a moderada grave que se extiende alrededor de todo el diente, una persona con un porcentaje de 0.2% que presenta Gingivitis intensa que se caracteriza por color rojo intenso, tendencia a la hemorragia y ulceración, lo que concuerda con los datos sobre pérdida de inserción según Ramfjord 388 estudiantes con un 86% no presentan pérdida de inserción, 61 con un 13% no presentan bolsas mayores de 3 mm, 1 persona que corresponde al 0.2% presenta bolsa de 3 a 6 mm y ninguna de las personas no presenta bolsas mayores de 6 mm; al analizar el CPITN se observa 225 (50%) no necesitan tratamiento periodontal, 147 (33%) necesitan mejorar la Higiene Bucal, 78 (17%) necesitan raspado radicular, eliminación de restauraciones desbordantes y de mejorar la higiene bucal, y solo 2 (0.4%) necesitan un tratamiento complejo

Esta tesis se convertirá en un aporte valioso para las generaciones estudiantiles venideras de la Carrera de Odontología, ya que contarán con resultados del estado de salud-enfermedad periodontal en un grupo poblacional.

ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

4. Revisión de la Literatura

4.1 Periodoncia

4.2 Periodonto

4.2.1 Clasificación

4.2.1.1 Periodonto de Protección

Encía

Epitelio de Unión

4.2.1.2 Periodonto de Inserción

Cemento

Ligamento Periodontal

Hueso Alveolar

4.3 Enfermedades Periodontales

4.3.1 Etiopatogénesis de la Enfermedad Periodontal

4.3.2 Clasificación

4.3.3 Gingivitis

4.3.4 Periodontitis

4.4 Placa dental o biofilm

4.4.1 Placa supragingival

4.4.2 Placa subgingival

4.5 Examen y sondaje Periodontal

4.5.1 Evaluación de la destrucción de los tejidos periodontales

4.5.2 Sondeo periodontal

4.6 Higiene bucal

4.6.1 Método físico

4.6.2 Técnicas de Cepillado

4.7 Índice periodontal de necesidades de tratamiento de la comunidad (IPTNC)

4.7.1 Procedimiento del sondaje

4.7.2 Número de sondaje por sextante

4.8 Índice de enfermedad periodontal de Ramfjord

4.9 Fases del tratamiento periodontal

- 4.9.1 Fase sistémica
- 4.9.2 Fase etiográfica
- 4.9.3 Fase correctora
 - 4.9.3.1 Fase rehabilitadora
 - 4.9.3.2 Fase quirúrgica
- 4.9.4 Fase de mantención

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 Periodoncia

Es la especialidad de la Odontología que estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones que afectan los tejidos que dan soporte a los órganos dentarios o a las estructuras que las sustituyen y el mantenimiento de la salud, función y estética de estas estructuras y tejidos (Arias, 2013, pág. 1).

4.2 Periodonto

Es un sistema funcional que se compone de encía, recubrimiento radicular, cemento y hueso alveolar (hueso que rodea el diente); comprende todos los tejidos de sostén que amortiguan la carga del diente (Pacheco, 2012, pág. 1).

4.2.1 Clasificación

Los tejidos que constituyen el periodonto se dividen en:

- **Periodonto de protección:** son aquellos tejidos encargados de proteger al periodonto de inserción y está formado:
 - Encía
 - Epitelio de unión (Anit, 2010, págs. 2 - 9).
- **Periodonto de inserción:** son aquellos tejidos encargados de mantener el diente en su alvéolo, y por ende en su posición en el arco. (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

4.2.1.1 PERIODONTO DE PROTECCIÓN

A. Encía

Es parte de la mucosa masticatoria que recubre la base de los dientes a nivel de la mandíbula y el hueso maxilar (Jeff, 2012, pág. 1).

Características clínicas

- **COLOR:** La encía es fibromucosa, de color rosado pálido, que cubre las apófisis alveolares de los maxilares (Rojas Garza, 2009, pág. 23). Si bien en las personas de color presenta un grado variable de pigmentación oscura, depende del aporte sanguíneo, grado de los tejidos, grado de queratinización (Rojas Garza, 2009, pág. 23).
- **CONTORNO:** Es marginal fino, el contorno papilar es puntiagudo, el contorno oclusal es en forma de col (Matesanz-Pérez P, 2008, págs. 12 - 13).
- **TAMAÑO:** Depende del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización (Matesanz-Pérez P, 2008, págs. 12 - 13).
- **CONSISTENCIA:** Firme, dada por la gran presencia de fibras gingivales, a nivel de la encía insertada y es móvil a nivel del la encía marginal o libre, porque se puede separar del diente (Matesanz-Pérez P, 2008, págs. 12 - 13).

Se distingue la encía marginal o libre, de aproximadamente 1.5mm de ancho, de la insertada, de anchura muy variable, y de la encía interdental (Rodríguez Pacheco, 2008, págs. 4 - 5).

a. Encía libre o encía marginal

Posee las siguientes porciones:

- **Margen Gingival:** el borde de la encía que se proyecta en la superficie del diente es el margen gingival (Anit, 2010, págs. 2 - 9).
- **Surco Marginal:** este es un surco o línea que se encuentra entre la encía libre y la encía adherida. La encía libre se encuentra sobre la superficie dentaria y está sin adherir, es decir que se puede separar como la cutícula de las uñas, la encía adherida se encuentra a continuación de la anterior y está unida a la superficie vestibular del hueso alveolar de las piezas dentarias (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

- **Epitelio Oral.** La encía tiene forma triangular donde la base corresponde a una línea imaginaria que se encuentra a la altura de la cresta ósea alveolar y su vértice correspondería al margen gingival, por lo que quedarían claramente diferenciados dos lados o vertientes, una que mira hacia el elemento dentario y la otra hacia la cavidad bucal. La vertiente que mira hacia la cavidad bucal es el epitelio oral de la encía libre (Anit, 2010, págs. 2 - 9).
- **Epitelio Dental.** Este constituye la otra vertiente, la que mira hacia la pieza dentaria, opuesta a la vertiente oral de la encía libre, es uno de los límites del surco o hendidura gingival. Comienza desde oclusal en el margen gingival y termina en el epitelio de unión o unión dentogingival hacia apical o cervical (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

b. Encía insertada

También se la denomina adherida o fija, ya que presta inserción en el periostio del hueso alveolar correspondiente. Sus límites son hacia coronal, el surco marginal y hacia apical en el surco mucogingival, que lo separa de la mucosa de revestimiento de la cavidad bucal. (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

B. Epitelio de unión

También denominada unión dentogingival, es el mecanismo de cierre del periodonto de protección, o sea, la forma en que la encía marginal se adhiere a la superficie del diente para sellar la comunicación entre la cavidad bucal y los tejidos del periodonto de inserción (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

Este epitelio es la continuación del epitelio dental de la encía marginal en su porción más apical, sin un verdadero límite entre ambos. Tiene una forma triangular con su base hacia el epitelio dental de la encía marginal y su vértice ubicado hacia apical, dejando de esta forma los dos lados del triángulo o vertientes, una hacia el corion de la encía marginal denominada lámina basal externa y la otra vertiente hacia la estructura del diente, llamada lámina basal interna (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

4.2.1.2 PERIODONTO DE INSERCIÓN

El periodonto de inserción está formado por una serie de tejidos que tienen como función sostener y anclar el elemento dentario en su posición en el arco, y tienen una característica fundamental, es que todos estos tejidos poseen un mismo origen embriológico.

Los tejidos que conforman el periodonto de inserción son: Cemento, Ligamento periodontal, Hueso alveolar (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

A. Cemento

Es el tejido conectivo mineralizado más externo de la superficie radicular y comparte con el hueso características similares como la composición química y la dureza. En él se insertan uno de los extremos de las fibras del ligamento periodontal, ya que del otro lado lo hacen al hueso alveolar, anclándolo al mismo. Tiene una gran capacidad de regeneración debido a la presencia de células ubicadas en el ligamento periodontal, que lo regeneran o lo modifican cuando es necesario (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

B. Ligamento periodontal

Es el tejido conectivo blando que envuelve a las raíces de los dientes y que se extiende en sentido coronario hasta la cresta del hueso alveolar, las funciones del ligamento periodontal son la de sostén, nutrición, sensibilidad, formación y fagocitosis. Todo este aparato presenta un alto grado de adaptabilidad a los patrones de cambios funcionales, debido a que sus componentes son de origen conectivo y tienen diferentes grados de capacidad regenerativa (Ito Arai, 2012, págs. 108 - 109).

Cada una de las raíces están relacionadas con sus alvéolos, existe un espacio denominado espacio periodontal. En este espacio periodontal se encuentra un tejido fibroso, con un gran componente colágeno que sirve para anclaje del diente (articulación alvéolo dentaria). Tiene una alta densidad celular pero con predominio de los fibroblastos. (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

C. Hueso alveolar

Es parte de los maxilares que forma y sostiene los alvéolos de los dientes. Está constituido por tejido cortical y por tejido esponjoso. Dentro del tejido cortical existe:

- Cortical externa vestibular y lingual o palatina
- Cortical interna o lámina cribosa o radiográficamente lámina dura. Está constituida por hueso fasciculado y hueso laminar (Anit, 2010, págs. 2 - 9).

4.3 Enfermedades Periodontales

Las enfermedades periodontales pueden variar desde una simple inflamación de las encías hasta una enfermedad grave que puede dañar los tejidos blandos y los huesos que sostienen los dientes. En los casos más graves, los dientes se caen (Research, 2013, pág. 1).

4.3.1 Etiopatogénesis de la Enfermedad Periodontal

Cuando las bacterias producen factores de virulencia, lipopolisacárido, ácido lipoteicoico, estos entran en contacto con las células del epitelio del surco pero es en especial atención, las células del epitelio de unión las que producen defensinas y citoquinas pro-inflamatorias (Botero, 2010, pág. 94).

Las defensinas son péptidos antimicrobianos que dañan la superficie de las bacterias, permitiendo su eliminación, pero son de gran importancia para la elaboración de IL-1 y TNF, generando cambios a nivel vascular. Incrementan el calibre de los vasos sanguíneos. Adicionalmente, producen IL8, una citoquina con actividad quimiotáctica, de esta forma, los PMNs son atraídos al sitio donde se acumulan las bacterias, salen de los vasos sanguíneos y se acumulan en el tejido conectivo adyacente al surco alterando el tejido conectivo adyacente al EU. Muchos PMNs se abren paso por los espacios intercelulares del EU y salen al surco donde se degranulan, liberando consigo reactivos del oxígeno (ROIs) y enzimas como catepsina G, lactoferrina, defensinas, mieloperoxidasa, metaloproteinasas (MMP-8) algún daño tisular microscópico puede esperarse.

No obstante, el agente infeccioso es controlado en la mayoría de casos, el estímulo disminuye y se establece un balance de la respuesta inmune. Después de estimulada la respuesta inmune innata, desencadena la respuesta inmune adaptativa y aparecen en el tejido conectivo linfocitos T CD4 y linfocitos B, ayudando a resolver el proceso inflamatorio (Botero, 2010, pág. 94).

La estimulación de linfocitos toma entre 5 y 7 días en alcanzar su mayor activación. Por lo tanto, una buena respuesta innata es fundamental para mantener la salud periodontal. Los linfocitos T CD4 producen citoquinas, (IL-2) que promueven una mejor actividad de macrófagos y co-estimulan a los linfocitos B a producir anticuerpos tipo IgG e IgA neutralizantes.

El resultado es una respuesta inmune que controla los microorganismos que se están acumulando en el surco periodontal, de forma silenciosa y sin expresar signos clínicos inflamatorios evidentes a simple vista. A medida que progresa el proceso inflamatorio éste se vuelve crónico y comienza la degradación de los tejidos de soporte, dando como resultado la formación de la bolsa periodontal, pérdida de inserción clínica y pérdida ósea (Botero, 2010, pág. 94).

4.3.2 Clasificación

En el año de 1999, después de reuniones de trabajo que agruparon a especialistas, la Academia Americana de Periodoncia recomendó un proyecto de clasificación de la enfermedad periodontal, el cual contiene la clasificación de las enfermedades periodontales, que incluye tanto a gingivitis como a periodontitis (Macin Cabrera, 2011, pág. 232).

I. ENFERMEDADES GINGIVALES

A. INDUCIDAS POR PLACA BACTERIANA

- a. Gingivitis asociada a placa bacteriana solamente
 - i. Sin otros factores locales contribuyentes

- ii. Con otros factores locales contribuyentes
 - 1. Factores Anatómicos
 - 2. Obturaciones desbordantes
 - 3. Fracturas Radiculares
 - 4. Reabsorciones Cervicales y Perlas del Esmalte
 - 5. Etc.
- b. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos
 - i. Asociadas con el sistema endócrino
 - 1. Gingivitis asociada a la pubertad
 - 2. Gingivitis asociada al ciclo menstrual
 - 3. Asociadas al embarazo: gingivitis, granuloma piógeno
 - 4. Gingivitis asociada a la diabetes mellitus
 - ii. Asociadas con discrasias sanguíneas
 - 1. Gingivitis asociada a leucemia
 - 2. Otras
- c. Enfermedades gingivales modificadas por medicamentos
 - i. Agrandamientos gingivales producto del uso de drogas:
 - 1. Anticonvulsivantes como la Fenitoína
 - 2. Inmunosupresoras como la Ciclosporina A
 - 3. Los bloqueadores de canales del calcio como el Nifedipino o el Verapamilo
 - ii. Gingivitis modificada por fármacos asociada a la ingesta diaria de anticonceptivos orales.
- d. Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición
 - i. Gingivitis por déficit de ácido ascórbico
 - ii. Otras

B. LESIONES GINGIVALES NO INDUCIDAS POR PLACA

- a. Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico
 - i. Asociadas a Neisseria Gonorrea
 - ii. Asociadas a Treponema Pallidum

- iii. Asociadas a especies estreptocócicas
 - iv. Otras
 - b. Enfermedades gingivales de origen viral
 - i. Infecciones por herpes virus
 - 1. Gingivostomatitis herpética primaria
 - 2. Herpes oral recurrente
 - 3. Infecciones varicela-zóster
 - ii. Otras
 - c. Enfermedades gingivales producidas por hongos
 - i. Infecciones por especies Cándida: Candidiasis gingival generalizada
 - ii. Eritema lineal gingival
 - iii. Histoplasmosis
 - iv. Otras
 - d. Lesiones gingivales de origen genético
 - i. Fibromatosis de origen gingival
 - ii. Otras (Macin Cabrera, 2011, pág. 232).
 - e. Manifestaciones gingivales de enfermedades sistémicas
 - f. Lesiones traumáticas de la encía
 - g. Reacciones a cuerpos extraños
 - h. No específicos

II. PERIODONTITIS CRÓNICA

- a. Localizada
- b. Generalizada

III. PERIODONTITIS AGRESIVA

- a. Localizada
- b. Generalizada

IV. PERIODONTITIS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

- a. Asociadas a desórdenes hematológicos
 - i. Neutropenia adquirida
 - ii. Leucemias
 - iii. Otras
- b. Asociada a desórdenes genéticos
 - i. Neutropenia familiar cíclica
 - ii. Síndrome de Down
 - iii. Síndromes de déficit en la adhesión de los leucocitos
 - iv. Síndrome de Papillon-Lefevre
 - v. Síndrome de Chediak-Higashi
 - vi. Síndromes de histiocitosis
 - vii. Enfermedades del almacenamiento de glucógeno.
 - viii. Agranulocitosis infantil genética
 - ix. Síndrome de Cohen
 - x. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipos iv y viii)
 - xi. Hipofosfatasa
 - xii. Otras
- c. Otras no especificadas de otra forma

V. ENFERMEDAD PERIODONTAL ULCERONECROTIZANTE

- a. Gingivitis Necrotizante Ulcerativa (GUN)
- b. Periodontitis Necrotizante Ulcerativa (PUN)

VI. ABSCESOS PERIODONTALES

- a. Absceso Gingival
- b. Absceso Periodontal
- c. Absceso Pericoronario

VII. PERIODONTITIS ASOCIADA A LESIONES ENDO-PERIODONTALES

- a. Lesiones Combinadas
- b. Lesiones de origen Endodóntico
- c. Lesiones de origen Periodontal

VIII. DEFORMIDADES Y CONDICIONES ADQUIRIDAS O DEL DESARROLLO

- a. Alteraciones Mucogingivales
 - i. Recesión del tejido blando /gingival
 - ii. Pérdida de encía queratinizada
 - iii. Reducción de la profundidad vestibular
 - iv. Anomalía del frenillo o posición muscular
 - v. Exceso de encía
 - vi. Coloración anormal
 - vii. Cresta vertical y/o horizontal deficiente
 - viii. Frenillo aberrante/posición muscular
- b. Trauma oclusal
 - i. Trauma oclusal primario
 - ii. Trauma oclusal secundario (Macin Cabrera, 2011, pág. 232).

4.3.3 Gingivitis

Se refiere cuando el proceso inflamatorio solamente afecta a la encía y es producido por la acumulación de placa bacteriana entre los dientes y la encía. Esta se encuentra enrojecida e inflamada y sangra con facilidad pero no están afectados los tejidos que soportan al diente (Galindo Romo, 2008, págs. 69 - 76).

4.3.4 Periodontitis

Cuando el proceso inflamatorio afecta a los tejidos periodontales profundos, se produce destrucción del hueso y ligamento que soportan y sujetan los dientes

se denomina periodontitis, se forman bolsas en las encías que se llenan de infección, se caracterizan por encías sangrantes, dolor movilidad de los dientes, halitosis y en estados finales pus y abscesos de la encías con dolor intenso (Galindo Romo, 2008, págs. 69 - 76).

4.4 Placa dental o biofilm

La presencia de bacterias es el requisito imprescindible para el desarrollo de la caries dental y enfermedad periodontal. En un diente recién cepillado y por lo tanto, absolutamente limpio adquiere a los pocos segundos de estar expuesto a la saliva una fina capa orgánica formada básicamente por proteínas salivares y conocida como película adquirida, sobre ella se producirá la colonización de las bacterias y la organización y estructuración de la placa bacteriana (Galindo Romo, 2008, págs. 69 - 76).

4.4.1 Placa supragingival

Es una película fuertemente adherida a la superficie dental, coronal al margen gingival, formada por una matriz biótica (microorganismos) y por una matriz intercelular (compuestos orgánicos y minerales).

- Predominan bacterias gran positivas.
- En las capas más profundas predominan bacterias anaerobias estrictas y en las más superficiales, las bacterias anaerobias facultativas.
- La actividad metabólica con que se relaciona, se basa en la fermentación láctica, o producción de ácido láctico producto de la metabolización bacteriana de carbohidratos.
- Se relaciona con la caries dental.
- Predomina aquí una flora grampositiva (cocos y bacilos) formada fundamentalmente por, *S. sanguis*, *S. mitis*, *S. gordini*, *S. oralis*, *A. Viscosus*, *A. Naeslundii*, y especies de *Eubacterium*, variando a medida que nos dirigimos hacia zonas más profundas, predominando aquí los anaerobios facultativos como *Actinomyces*, bacilos anaerobios gran negativos (Cics, 2013, pág. 1).

4.4.2 Placa subgingival

Es una placa dental que por lo general se ubica en el surco gingival entre el diente y la encía (Cics, 2013, pág. 1).

Entre las bacterias de la placa bacteriana subgingival encontramos cepas similares a las presentes en la placa supragingival, que tienen capacidad para adherirse a superficies duras, pero además se detectan especies que son capaces de adsorberse al epitelio de los tejidos blandos, tales como:

- Agregatibacter, Porphiromonas Gingivales, Fusobacterium y otros. Incluso entre ambas floras, adheridas a tejidos duros o al epitelio, se encuentra una flora intermedia flotante o no adherida constituida por bacilos gram negativos anaerobios facultativos y anaerobios estrictos como Capnocytophaga (Cics, 2013, pág. 1).

4.5 Examen y sondaje periodontal

Para medir una bolsa periodontal, la sonda debe insertarse paralela al eje vertical del diente para luego deslizarla en circunferencia alrededor de cada superficie del diente para detectar su configuración y las áreas de penetración más profundas (Firmiio Canhoto, 2011, pág. 1).

Para el examen de sondaje periodontal deben considerarse entre otros los siguientes factores:

- **Salud Gingival:** cuando la encía está inflamada la sonda frecuentemente pasa a través del epitelio de unión y penetra en el tejido conectivo subyacente. En el tejido sano el epitelio de unión resiste esta penetración.
- **Fuerza aplicada:** la fuerza del sondaje es una de las principales variables que afectan la extensión de la penetración de las sondas. Se recomienda una fuerza de 20 a 25 gramos.

- **Angulación:** excepto para las caras distales de la última pieza dentaria y dientes localizados en áreas desdentadas, la profundidad de la bolsa interproximal es medida desde la línea del ángulo vestibular – palatino y vestibular – lingual de modo que una mayor o menor angulación puede determinar diferentes profundidades de la bolsa, saco (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 3 - 5).
- El uso de la sonda en su concepción clásica presenta problemas de sensibilidad (precisión en la evaluación de la medición de la bolsa /saco periodontal) y reproductividad de los datos, entre otros (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 3 - 5).

4.5.1 Evaluación de la destrucción de los tejidos periodontales

Existen tres formas para evaluar el daño de los tejidos periodontales usados clínicamente:

- Detección visual de signos clínicos de destrucción de tejidos
- Medición del nivel de inserción clínico con una sonda periodontal
- Destrucción radiográfica de pérdida ósea

El sondaje periodontal complementa la evaluación visual inicial de la condición de los tejidos periodontales, en la práctica clínica actual las sondas periodontales son principalmente para evaluar:

- Profundidad de sondaje o distancia del margen gingival a la base del saco periodontal
- Pérdida de inserción clínica o distancia desde unión cemento esmalte al fondo del saco periodontal
- Evaluar la respuesta hemorrágica de la presión física
- Determinar la presencia de placa bacteriana o cálculo entre otras funciones (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 3 - 5).

4.5.2 Sondeo periodontal

La presencia o ausencia de la bolsa periodontal, es la característica anatomo-clínica de las enfermedades periodontales, refleja la suma total del resultado de la interacción entre las bacterias patógenas y los sistemas de defensa del huésped, las bacterias colonizan la superficie dentaria en la región del surco gingivo dentario, donde se multiplican y luego se extienden en dirección apical, causando la desinserción del epitelio y de las fibras del tejido conectivo y la destrucción de los tejidos periodontales adyacentes; con la formación de la Bolsa Periodontal (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 3 - 5)

4.6 Higiene Bucal

Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la caries y enfermedad periodontal (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

La higiene bucodental puede lograrse por métodos naturales, ecológicos, físicos o mecánicos, químicos, y biológicos (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

4.6.1 Método físico

Cepillo dental

Es un elemento constituido por manojos de cerdas sujetas a una cabeza que actúan en forma de barrido o brillo en las superficies dentales y retiran los residuos de alimentos adheridos a ellas (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

Los cepillos tienen tres secciones: mango, cuello y cabeza. Generalmente se venden de tres tamaños: para lactantes, niños y adultos. Los cepillos dentales pueden estar contruidos con cerdas de nylon, nylon copolímero, poliéster,

polipropileno y polietileno de alta densidad, que se pueden teñir con diferentes colores Según el tipo de cerdas los cepillos pueden ser duros, semiduros o semiblandos y blandos (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

La principal acción de los cepillos dentales es la limpieza de las superficies del diente, es decir, limpiar las superficies o caras vestibulares, palatolinguales y oclusales o incisales de cada uno de los 28 o 32 dientes que tenga la persona (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

En algunos libros de odontología preventiva, odontopediatría y periodoncia se ha pretendido señalar una o unas técnicas como la mejor o las mejores y esto no es así, porque el mejor cepillado lo logra cada persona en una forma diferente a la de las demás personas. Un excelente cepillado es el que se hace en forma minuciosa y logra un índice de placa bacteriana cero, es decir, ausencia total de residuos alimenticios o de placa bacteriana dental, sin rayar o deteriorar el esmalte dental, sin lesionar los tejidos blandos adyacentes, mucosas o lengua y sin producir problemas locales o sistémicos que pueden ser producidos por sustancias no indicadas o no adecuadas (Herazo Acuña, 2012, págs. 221- 223).

Cepillos interproximales

Son instrumentos formados por un mango metálico o plástico y una parte activa con un cepillo en forma de hisopo cónico o rectangular que se utiliza para retirar placa bacteriana dental o residuos de alimentos ubicados en las superficies interproximales de los dientes. La parte activa o la cabeza pueden ser fijas o recambiables o desechables.

Están indicados cuando se tiene aparatología ortodóntica fija, en prótesis parcial fija y cerclajes quirúrgicos. El mecanismo de acción consiste en limpiar las áreas interproximales, las zonas donde están colocados los brackets y cerclajes y los espacios entre el anclaje de una prótesis fija y el pónico de la misma.

El procedimiento consiste en tomar el cepillo y hacer movimientos de brillado o frotación de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba. El resultado esperado es eliminar la placa bacteriana de las superficies interproximales de los dientes o los residuos de alimentos persistentes (Herazo Acuña, 2012, págs. 221- 223).

Cepillo unipenacho

Es un penacho de cerdas de cepillo convencional de diferentes longitudes en forma de pino, usados para la limpieza en pacientes con aparatología ortodóntica, espacios amplios o zonas continuas a espacios edéntulos (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

Cinta, hilo o seda

Es un elemento mecánico que consiste en un hilo, tira o seda hecha de algodón, nylon, acrílico o cualquier otro compuesto, que se introduce en los espacios interproximales de los dientes para extraer los residuos alimenticios que se depositan en ellos y que no pueden retirarse con el cepillo dental, la seda dental o hilo dental tiene superficie redondeada. Cinta dental tiene una superficie plana. (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

También se le pueden incorporar sustancias antiplaca, anticaries y antigingivitis como la clorhexidina, sanguinarina, fluoruros y demás, con el fin que sirva de vehículo para que penetre en las superficies y se genere un efecto prolongado (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

Se utiliza de 20 a 30 cm del hilo, cinta o seda y se enrolla alrededor de los dedos que más se faciliten (dejar entre los dedos de 7 a 8 cm de seda activa). Luego se debe insertar la seda o el hilo o cinta en el surco interproximal correspondiente a cada cara proximal del diente y hacer movimientos de arriba hacia abajo. Para los dientes superiores e inferiores, el hilo se dirige con los dedos que más se facilite. El resultado esperado es eliminar la placa bacteriana

dental o residuos alimenticios de las superficies interproximales de los dientes (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

Súper floss

Está compuesto por tres secciones: una medianamente rígida y corta; una segunda sección de esponja; y otra que es un trozo largo de hilo dental convencional. Está indicado para la higiene en pacientes con aparatología ortodóntica y en caso de prótesis fija (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

Cepillos y copas de caucho para uso profesional

Son dos instrumentos que ejercen la misma función: la de retirar la placa bacteriana dental fuertemente adherida a las superficies dentales, quitar las manchas existentes en esas superficies y pulir obturaciones, incrustaciones y coronas metálicas y plásticas.

El cepillo profiláctico es un instrumento en forma de copita, compuesto por cerdas como las del cepillo dental pero más duras y resistentes, que funciona a través de un motor odontológico de baja velocidad rotando a ciertas revoluciones por minuto, indicado principalmente en caras oclusales e interproximales, de uso exclusivo para el odontólogo, la higienista dental y la auxiliar de higiene oral (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

La copa dental es un instrumento en forma de copita, pero de caucho compacto y caras lisas con el resto de características y funciones similares al cepillo profiláctico, y se recomienda para la limpieza de superficies vestibulares y linguales. El mecanismo de acción de ambos instrumentos consiste en, rotar y al entrar en contacto con la superficie dental, retirar la placa bacteriana y las pigmentaciones extrínsecas existentes (Herazo Acuña, 2012, págs. 221 - 223).

4.6.2 Técnicas de cepillado

Técnica de Stillman

Se parte de la misma posición que en la técnica de Bass, pero se realiza un movimiento vertical desde la encía hasta el bode incisivo / oclusal de la pieza dental, a modo de barrido. Esta técnica se recomienda en pacientes de mantenimiento periodontal (Cep, 2010, págs. 104 - 105).

Técnica de Bass

Se debe colocar el cabezal del cepillo de dientes en posición perpendicular y con una angulación de 45° en sentido gingival, con una leve pero eficaz presión se introducen las puntas de los filamentos más exteriores en la zona del surco dento-gingival o encía libre. En esa posición se realiza un ligero micro movimiento sin desplazar el cabezal, se consigue así un efecto de capilaridad. Es una técnica que requiere una instrucción previa, especialmente indicada para pacientes periodontales con bolsas superiores a 3 mm (Cep, 2010, págs. 104 - 105).

4.7 Índice periodontal de necesidades de tratamiento de la comunidad (IPTNC)

Fue creado por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Ainamo y col (1982). (Lindhe, 2009, pág. 53).

La dentición se divide en 6 sextantes uno anterior y dos posteriores de cada arco dental. La necesidad de tratamiento de un sextante se registra cuando están presentes dos o más dientes no destinados a extracción. Si solo queda un diente en el sextante se lo incluye en el sextante colindante (Lindhe, 2009, pág. 53).

Las evaluaciones por sondeo se efectúan en torno de todos los dientes de un sextante o bien de un diente índice (esta última estrategia ha sido

recomendada para estudios epidemiológicos), sin embargo para representar el sextante se elige solo la medición más grave de esta (Lindhe, 2009, pág. 53).

El CPITN (community periodontal index of treatment needs) consta de dos partes, la primera analiza el estado periodontal y en la segunda parte la necesidad de tratamiento periodontal.

1 Parte: Estado periodontal se califica:

- **Código 0**

Se asigna cuando la banda negra de la sonda está totalmente visible, no hay cálculo, no hay restauraciones desbordantes y no hay sangrado.

- **Código 1**

Se asigna a un sextante en el que la banda negra está totalmente visible, no hay restauraciones desbordantes, ni cálculo pero se observa sangrado después de un sondeo suave en una o más unidades gingivales.

- **Código 2**

Se asigna a un sextante en el que la banda negra está visible pero se observa cálculo, placa y restauraciones desbordantes.

- **Código 3**

Se asigna a un sextante en el que la banda negra está parcialmente cubierta, aloja bolsas cuya profundidad es de 4 a 5mm.

- **Código 4**

Se asigna a un sextante en el que la banda negra está totalmente cubierta, aloja bolsas cuya profundidad es de 6mm o más.

2 Parte: La necesidad de tratamiento es un puntaje basado en el código de mayor severidad en la dentición, a saber:

- **NT 0**

En caso de salud gingival

- **NT1**

Necesidad de mejorar la Higiene Bucal

- **NT2**

Necesidad de raspado radicular, eliminación de restauraciones desbordantes y de mejorar la higiene bucal. (Código 2 y 3)

- **NT3**

Tratamiento complejo (código 4)

Aunque este sistema de índices no fue diseñado para fines epidemiológicos se utilizó ampliamente en todo el mundo especialmente en los países en vías de desarrollo (Lindhe, 2009, pág. 53).

4.7.1 Procedimiento del sondaje

Se usa la sonda periodontal diseñada por la OMS para el CPITN, esta sonda está particularmente diseñada para una manipulación suave de los tejidos blandos ubicados alrededor de la pieza dentaria. La sonda presenta una esfera de 0,5 mm de diámetro en el extremo, con una porción codificada de color que se extiende desde los 3,5 a los 5,5 mm (Iruretagoyena, 2014, pág. 1).

Debe usarse una fuerza suave para determinar la profundidad de la bolsa y para detectar la presencia de cálculo subgingival. Esta presión no debe ser mayor de 20 gramos. La sonda se introduce entre el diente y la encía, lo más paralelamente posible a la superficie de la raíz. La profundidad del surco gingivodentario se determina observando el código de color o marca, al nivel del margen gingival. El extremo de la sonda debe mantener el contacto con la superficie de la raíz (Iruretagoyena, 2014, pág. 1).

4.7.2 Número de sondaje por sextante

El extremo esférico de la sonda es suavemente insertado, entre la pieza dentaria y la encía hasta la profundidad del surco o bolsa, y la profundidad de sondaje se lee por observación de la posición de la banda negra. Sitios recomendados para el sondaje son mesial y distal en las superficies vestibular y punto medio de la superficie palatina/lingual, los dientes que se analizan son: 1.6, 1.1, 2.4, 2.6, 3.1, 3.6, 4.4 (Iruretagoyena, 2014, pág. 1).

4.8 Índice de Enfermedad Periodontal de Ramfjord

El índice de Enfermedad periodontal se realiza con el examen de seis dientes pre seleccionados en la boca: primer molar superior derecho, incisivo central superior izquierdo, primer premolar superior izquierdo, primer molar inferior izquierdo, incisivo central inferior derecho y primer premolar inferior derecho. Esta selección de dientes se denominó dientes de Ramfjord. Otra particularidad del IEP es el uso de la unión amelocementaria como punto de referencia fijo para medir la pérdida de inserción (Carranza, 2009, pág. 87).

Para iniciar la valoración el examinador seca la zona en torno a los seis dientes, a continuación valora la intensidad de la inflamación gingival alrededor de los seis dientes. La distancia entre el margen gingival libre y la unión amelocementaria, y la distancia entre el margen gingival libre y el fondo del surco gingival se miden en milímetros, con una sonda periodontal, en mesial, vestibular, distal y lingual de cada uno de los seis dientes. Si el margen gingival libre está sobre cemento, su distancia desde la unión amelocementaria se anota como número negativo. La distancia entre la unión amelocementaria y el fondo del surco gingival es la diferencia entre estas dos medidas. La distancia entre la unión amelocementaria y el fondo del surco gingival es una medida de la pérdida de inserción periodontal. La técnica de Ramfjord para determinar esta distancia recibe el nombre de técnica indirecta para medir la pérdida de inserción periodontal (Carranza, 2009, pág. 87).

El índice de Ramfjord determina dos componentes:

1. Para determinar el Componente Gingival del índice, los criterios a tener en cuenta son:

Puntaje - Criterio

- 0 : Ausencia de inflamación
- 1 : Cambios inflamatorios leves a moderados que no se extienden alrededor de todo el diente

- 2 : Gingivitis leve a moderada grave que se extiende alrededor de todo el diente
- 3 : Gingivitis intensa que se caracteriza por color rojo intenso, tendencia a la hemorragia y ulceración (Carranza, 2009, pág. 87).

2. Para determinar el Componente Periodontal del Índice:

Después de determinar el Componente Gingival se procede a determinar la profundidad de las bolsas desde el LAC en las partes mesiales, vestibulares, distales y linguales de cada uno de los 6 dientes en evaluación (Bérriz, 2012, pág. 1).

Si el margen gingival está sobre el esmalte, se registra:

- La distancia desde el margen libre gingival hasta el límite amelocementario.
- La distancia desde el margen libre gingival hasta el fondo de la bolsa.

La medición 1 se resta de la 2 y se obtiene así la medida de la distancia desde el LAC hasta el fondo de la bolsa. Si el margen gingival está sobre el cemento, el valor desde el LAC hasta el fondo de la bolsa se mide directamente (Bérriz, 2012, pág. 1).

Para determinar el puntaje de la Enfermedad Periodontal para cada diente se emplea el siguiente sistema:

- 4 : Sí la profundidad de la bolsa se extiende hacia el ápice más allá del LAC, pero no más de 3 mm en ninguna de las 4 zonas del diente.
- 5 : Sí la bolsa se extiende más de 3 mm y hasta 6 mm hacia el ápice desde el LAC.
- 6 : Sí la distancia entre el LAC y el fondo de la bolsa es mayor de 6 mm a lo largo de la raíz (Bérriz, 2012, pág. 1).

4.9 FASES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

4.9.1 Fase Sistémica

La fase sistémica del tratamiento periodontal incluye la consideración apropiada de las enfermedades sistémicas y su impacto en la etiología de la enfermedad. Por ejemplo, un médico debe tratar a los pacientes con enfermedades como las discrasias sanguíneas antes de iniciar el tratamiento periodontal, y cuando éste ya se haya iniciado deberá haber una colaboración continuada entre el odontólogo y el médico. Otros ejemplos incluyen pacientes que estén tomando antagonistas del calcio, como el Nifedipino, por enfermedades autoinmunes o para prevenir el rechazo de trasplantes, o Fenitoína. Estas medicaciones pueden tener el efecto adverso de provocar agrandamiento gingival y es aconsejable una consulta con el médico para valorar la posibilidad de utilizar medicaciones alternativas.

Aquellos que necesiten profilaxis con antibióticos por bacteriemia inducida por el tratamiento periodontal deben recibir la prescripción apropiada para su premedicación (Pihlstrom, 2010, pág. 53).

4.9.2 Fase Etiotrópica

En esta fase se realiza:

- Control de placa bacteriana y la educación en salud del paciente. Se establece el control de dieta, la eliminación de cálculo dental y alisado radicular.
- Corrección de factores restaurativos y prostéticos de irritación y nuevas restauraciones dentales se deben implementar en esta fase.
- Se recomienda o prescriben los tratamientos antimicrobianos necesarios para el control de la placa y la infección.
- El ajuste de la oclusión cuando hay trauma presente, libera las piezas dentales de una marcada reabsorción del hueso de soporte y de lesiones en cuña en cervical.

- Por último, encaso de ser necesario se realizan ferulizaciones y prótesis provisionales.

Evaluación de la fase etiologica: esta consistente en la valoración de la profundidad de la bolsa periodontal y del grado de inflamación gingival persistente. Un examen minucioso revelará si se deben remover restos de cálculo, placa y caries remanentes (Firmiio Canhoto, 2011).

Motivación del paciente

Entregar información al paciente sobre cuál es su enfermedad, entendiendo que el tratamiento se realiza entre ambos, que el éxito depende en gran medida del paciente (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 4 - 10).

Control de la placa bacteriana

Permite resolución de la enfermedad periodontal (gingivitis) como la prevención de la inflamación gingival en niños y adultos, retarda la formación de cálculos. El cese de las medidas para controlar placa deriva en la recurrencia de la inflamación (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 4 - 10).

Detartraje supra y subgingival

Se coloca el instrumental sujetando el tártaro, lo más cervical posible y adosándose al diente, con movimientos controlados, con apoyo anular, protegiendo al paciente con gasa o con los dedos (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 4 - 10).

Eliminación de la placa bacteriana

Eliminación mecánica de placa supra gingival y subgingival.

Idealmente sesión a sesión. Se debe realizar siempre, después de un índice de O'Leary.

Eliminación de factores retentivos de placa

Exodoncias de restos radiculares.

latrogénia

Coronas mal adaptadas están asociadas a una altura disminuida de hueso marginal, lo mismo ocurre con amalgamas desbordantes. El efecto no es producido por el efecto irritante sino por el acúmulo de placa bacteriana. (Desde el punto de vista periodontal los bordes de coronas deberían quedar supra gingival). Si hay desbordes o excesos, se deben eliminar, para facilitar la remoción de tártaro y placa y establecer una anatomía adecuada. Cuando los problemas son de ajuste lo más recomendable es eliminar la restauración y colocar un provisorio (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 4 - 10).

Desgaste selectivo

Piezas con interferencias, extrusión, sobrecarga, obturaciones altas.

Ferulizaciones

Se indica cuando las piezas han perdida gran cantidad de inserción, no cuando haya movilidad.

Movimientos Ortodónticos menores

- Mantener la salud periodontal.
- Restablecer la oclusión.
- Mejorar la estética.
- Comodidad masticación

Eliminación de las piezas con mal pronóstico

Pulidos radiculares

Se indican cuando hay periodontitis. Hay pulidos radiculares que también están dentro de una cirugía, pero un pulido radicular, corresponde a la fase de higienización.

4.9.3 Fase Correctora

4.9.3.1 Fase rehabilitadora: Cuando la fase quirúrgica ha concluido con éxito se procede a realizar las restauraciones finales y colocar la protodoncia fija y removible, o ambas para rehabilitar al paciente (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 4 -10).

4.9.3.2 Fase quirúrgica: Toda bolsa verdadera mayor de 4mm que no haya resultado con el raspado y curetaje realizado en la fase etiográfica se debe someter a cirugía periodontal para su eliminación y promover la re inserción del agarre epitelial. En esta fase se colocan los implantes dentales, se realiza el tratamiento endodóntico y los implantes óseos (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 4 -10).

4.9.4 Fase de mantención

Se programan citas de control, en donde se controla y/o elimina el cálculo dental y la placa. Se valora la condición de la gingiva y se realizan sondeos. Muy importantes resultan los controles de la oclusión, movilidad dental y de la presencia de cualquier cambio no fisio morfológico de los tejidos de soporte (Firmiio Canhoto, 2011, págs. 4 -10).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo descriptivo ya que se han presentado los resultados a través de tabla y transversal porque la muestra se ha recolectado en un solo periodo de tiempo. El universo lo constituyen los estudiantes de la modalidad de estudios presencial, de las Carreras de la UNL, que corresponden a 8228 (Estadística, 2013, pág. 1).

Aplicando el programa EPIINFO que tiene una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%, se obtuvo una muestra de 894 estudiantes de la modalidad presencial de la Universidad Nacional, a los cuales se les aplico criterios de inclusión y exclusión y se redujo a una muestra de 452 estudiantes de sexo femenino necesarias para mi estudio.

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: Estudiantes de sexo femenino de las edades de 18-30 años que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito. Y los de exclusión son estudiantes de sexo Masculino menores de 18 años y mayores de 30 años, los que no deseen o puedan participar en la investigación, incapacitados de realizarse el examen odontológico.

El instrumento fue la Historia Clínica Odontológica, para recopilación de datos informativos para llegar a un diagnóstico. La técnica es la aplicación del índice de Necesidad de Tratamiento periodontal y el Índice periodontal de Ramfjord. El macroproyecto inicio en Mayo, para llevar a cabo el levantamiento epidemiológico, los docentes de la carrera de Odontología elaboran una Historia Clínica que fue revisada y aprobada por las respectivas autoridades.

Antes de empezar a recolectar la información, se procedió a enviar oficios a los directores de todas las áreas de la Universidad Nacional de Loja explicando el fin de nuestro proyecto para lo cual obtuvimos una muy buena acogida por parte de las autoridades, llegando a una planificación por parte de

ellos, respecto a los días y horarios en la cual nos podían facilitar los recursos humanos y materiales como lugares apropiados para realizar nuestra Historia Clínica y recolectar los datos

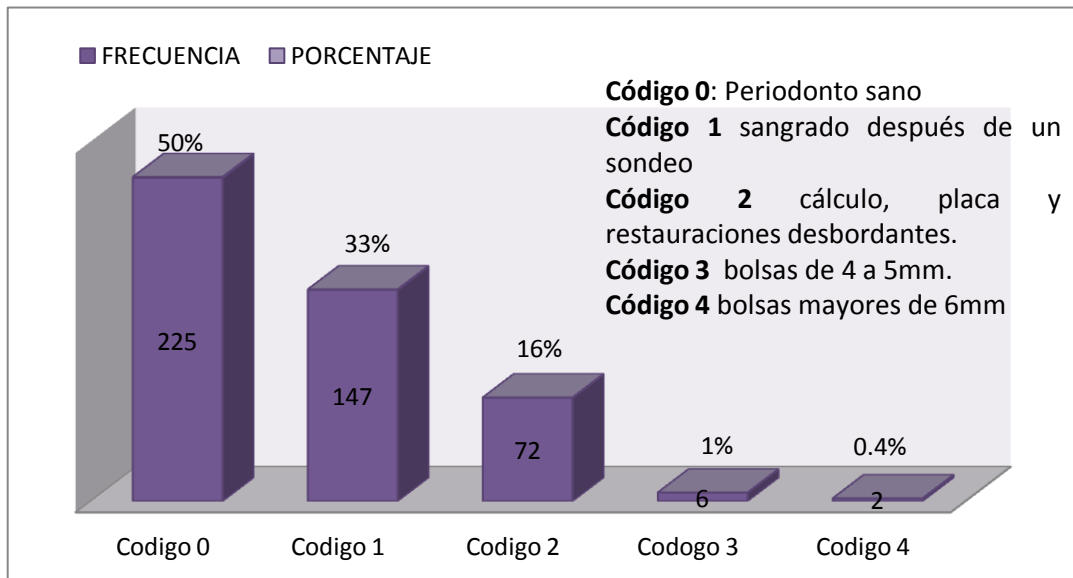
Una vez obtenido los permisos, se realizó el examen clínico a los 894 estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja. En el examen clínico se analizó: datos de filiación, examen físico extra e intra oral, en lo que se refiere a la parte periodontal, la historia contiene el índice de Enfermedad Periodontal y el CPITN, se procedió a dividir la boca en 6 sextantes, utilizando una sonda OMS, sondeamos en 6 lugares de cada diente mesial, medio y distal esto por vestibular y por palatino mesial, medio y distal respectivamente en cada sextante y de los valores obtenidos se tomo el más grave, así se realizo sucesivamente hasta completar todas las historias, se culmina con la recolección de toda la información en el mes de Junio.

Después de cada jornada las Historias Clínicas fueron remitidas a los digitadores que introdujeron los datos en el programa de EPIINFO, con una plantilla previamente diseñada.

Luego de terminada esta etapa, se procede a revisar las historias para aplicar los criterios de inclusión y exclusión, reduciéndose nuestra muestra de estudio a 452 estudiantes de sexo femenino, designándose tutores de tesis, para la aprobación y ejecución del mismo, de acuerdo al tema elegido y aprobado. Dentro de las consideraciones éticas los pacientes firmaron previo a la revisión odontológica un consentimiento informado en el cual se detalla lo que se les va a realizar y ellos autorizan realizarse el examen.

6. RESULTADOS

GRÁFICO 1: ESTADO PERIODONTAL SEGÚN EL CPITN



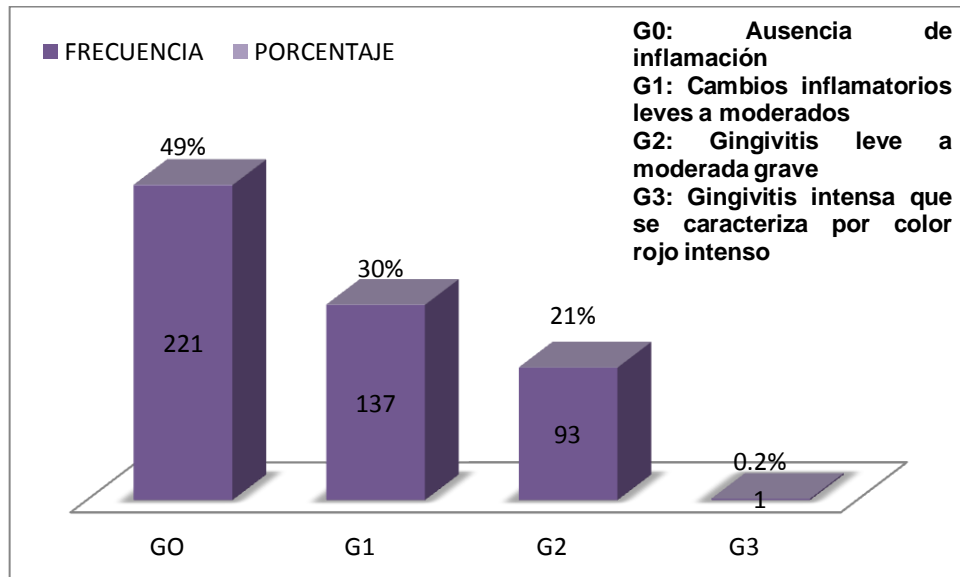
Elaborado por : María Lourdes Cuenca Enríquez

Fuente : Historia Clínica Odontológica, Universidad Nacional de Loja, Mayo - Julio del 2014

Interpretación

En el gráfico se observa que 225 personas que representa al 50% tienen un código 0, es decir, tienen periodonto sano, en segundo lugar 147 con un 33% están dentro del código 1 que presentan sangrado después de un sondeo suave, en tercer lugar 72 con 16% están en código 2 presentan cálculo, placa, restauraciones desbordantes, en cuarto lugar 6 personas con un 1% están en código 3 con bolsas de 4 a 5 mm y 2 con una minoridad de 0.4% están en código 4 que presentan bolsas de 6mm o más.

GRAFICO 2: GRADO DE AFECTACIÓN PERIODONTAL, APLICANDO EL ÍNDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DE RAMFJORD (INFLAMACIÓN)



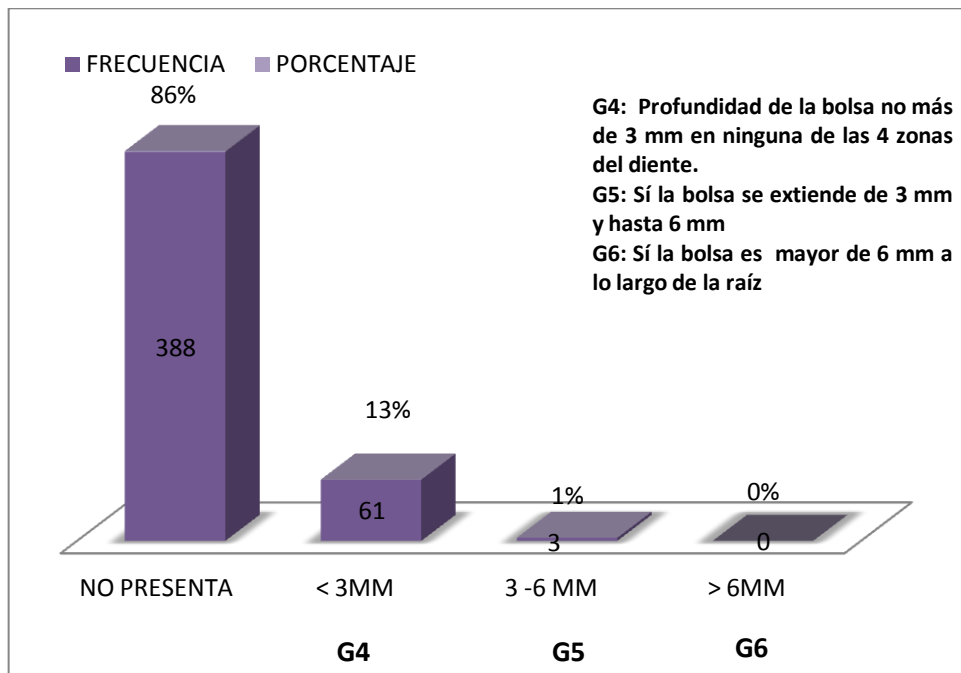
Elaborado por : María Lourdes Cuenca Enríquez

Fuente : Historia Clínica Odontológica, Universidad Nacional de Loja, Mayo - Julio del 2014

Interpretación

En la siguiente gráfica se analiza el grado de afectación, 221 personas con 49% presentan ausencia de inflamación, 137 con un 30% presentan cambios inflamatorios leves a moderados que no se extienden alrededor de todo el diente, 93 personas con un 21% presentan gingivitis leve a moderada grave que se extiende alrededor de todo el diente, una persona con un porcentaje de 0.2% que presenta Gingivitis intensa que se caracteriza por color rojo intenso, tendencia a la hemorragia y ulceración

GRAFICO 3: GRADO DE PÉRDIDA DE INSERCIÓN SEGÚN RAMFJORD



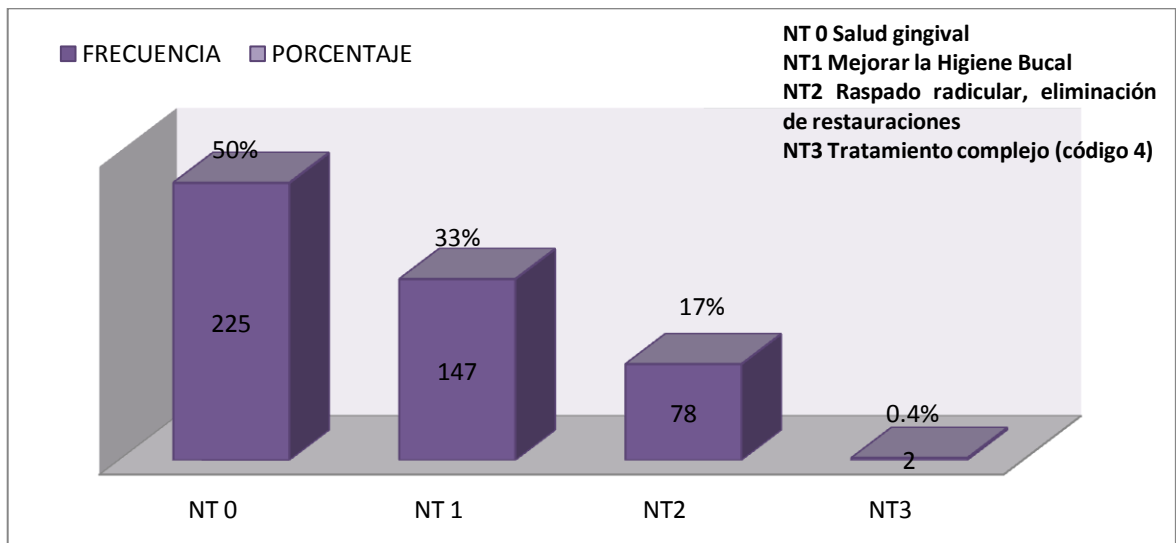
Elaborado por : María Lourdes Cuenca Enríquez

Fuente : Historia Clínica Odontológica, Universidad Nacional de Loja, Mayo - Julio del 2014

Interpretación

En la presente gráfica se observa que 388 estudiantes con un 86% no presentan pérdida de inserción, 61 con un 13% no presentan bolsas mayores de 3 mm, 1 persona que corresponde al 1% presenta bolsa de 3 a 6 mm y ninguna de las personas no presenta bolsas mayores de 6 mm.

GRAFICO 4: ÍNDICE DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL SEGÚN EL CPITN



Elaborado por : María Lourdes Cuenca Enríquez

Fuente : Historia Clínica Odontológica, Universidad Nacional de Loja, Mayo - Julio del 2014

Interpretación

En la gráfica observamos que existen 225 personas con un 50% no necesitan tratamiento periodontal, 147 con un 33% necesitan mejorar la Higiene Bucal, 78 personas con un 17% necesitan raspado radicular, eliminación de restauraciones desbordantes y de mejorar la higiene bucal, y solo 2 personas con un 0.4% necesitan un tratamiento complejo.

7. DISCUSIÓN

Los procedimientos usados en la evaluación clínica como el índice de necesidad de tratamiento periodontal contribuyeron a reunir información básica sobre el estado de enfermedad periodontal y necesidad de tratamiento que requieren las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

El CPITN es un procedimiento útil práctico y relevante para evaluar un grupo de población grande. En nuestro estudio existen 225 personas con un 50% que no necesitan tratamiento periodontal por ende no tienen una necesidad frecuente, a diferencia del estudio realizado en México sobre el estado de salud periodontal y necesidad de tratamiento de estudiantes universitarios, menciona que la necesidad más frecuente es instrucción de Higiene oral, raspado y alisado radicular sin existir tratamiento complejo (Romero, pág. 1)

Dentro de los datos obtenidos la necesidad mas prevalente después de los que presentan los tejidos sanos es de 147 con un 33% necesitan mejorar la Higiene Bucal, se relaciona con el estudio de Madrid realizado a un grupo de militares que necesitan más del 90% de los encuestados instrucción de Higiene Bucal (Mombriedo Sandoval, 2011, págs. 140 - 142)

Un estudio realizado en la universidad de Nuevo León México en un grupo de edad entre 20 a 34 años se analizaron que el código 0 (25%) y el código 1 (28.57%) eran muy bajos (ENRIQUEZ, 2009, pág. 84), a diferencia de nuestro estudio que el código 0 (50%) y el código 1 (33%) son altos.

En un estudio descriptivo de corte transversal en 250 alumnos comprendidos en las edades de 19 y 23 años pertenecientes al instituto Técnico Militar José Martí En la ciudad de Habana 81 alumnos con un 32.4% se encontraban sanos y afectados 169 para un 67.6% (Pérez, 2008, págs. 1 - 5) a diferencia de nuestra investigación que 218 con 43% están sanos y 7 con 1.5% son los que presentan una bolsa patológica

En un estudio transversal descriptivo realizado en una submuestra de 310 individuos desde los 19 años y más en el Municipio de Maracalvo presentaron un 19.2% con una bolsa de 4mm o mas (Ruiz, 2011, págs. 61 - 63) a diferencia de nuestro estudio que solo 1 persona que corresponde al 1% presenta bolsa de 3 a 6 mm

En un estudio realizado en Quito sobre incidencia de enfermedad periodontal en individuos de tasa etaria entre 18 y 28 años en batallones militares se evidencia el mayor porcentaje de individuos sanos es 44.85% en el grupo de cadetes seguido por el grupo de soldados 41.67% y conscriptos con el 38.54%. Los resultados muestran un mayor porcentaje para el grupo de cadetes lo cual es obvio debido a que estos presentan mayor cuidado personal, mejor educación, (Alfaro Nicolalde, 2013, págs. 60 - 62) lo que es similar en nuestro estudio que la mayoría de la población encuestada es de 218 que equivale al 48% que son personas sanas.

En un estudio observacional descriptivo en el Policlínico Ramón Fraga se analizó el estado periodontal en un grupo de mujeres de 19 a 35 años de edad que presentaban formación de bolsas periodontales mayores de 3 mm con un porcentaje de 29.2% (Iglesias Berlanga, 2011, pág. 1), a diferencia de nuestro estudio 1 persona que corresponde al 1% presenta bolsa de 3 a 6 mm.

8. CONCLUSIONES

- Al evaluar el estado periodontal, se observa que 225 personas, que representan al 50% tienen un código 0, es decir, un periodonto sano, en segundo lugar 147 con un 33% están dentro del código 1 que presentan sangrado después de un sondeo suave, seguido de 72 con 16% están en código 2 presentan cálculo, placa, restauraciones desbordantes, en cuarto lugar 6 personas con un 1% están en código 3 con bolsas de 4 a 5 mm y 2 con una minoridad de 0.4% están en código 4 que presentan bolsas de 6mm o más, de acuerdo a los datos mencionados se concluye que la mayor parte de la población estudiada tienen un buen estado periodontal.
- Al analizar los criterios de la Enfermedad Periodontal de Ramfjord (considerando la inflamación gingival) se encontró un mayor porcentaje para la ausencia de inflamación gingival con una frecuencia de 221 personas que corresponden al 49%, 137 con un 30% presentan cambios inflamatorios leves a moderados que no se extienden alrededor de todo el diente, 93 personas con un 21% presentan gingivitis leve a moderada grave que se extiende alrededor de todo el diente, 1 persona presenta Gingivitis intensa que se caracteriza por color rojo intenso. Reflejando datos similares con el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal.
- Al evaluar la pérdida de inserción según el Índice de Enfermedad Periodontal de Ramfjord (pérdida de inserción) demuestra que 388 estudiantes con un 86% no presentan pérdida de inserción, 61 con un 13% no presentan bolsas mayores de 3 mm, 1 persona que corresponde al 1% presenta bolsa de 3 a 6 mm y ninguna de las personas no presenta bolsas mayores de 6 mm. Concluyendo la mayoría de la población de estudio no presenta pérdida de inserción y solo una persona presenta bolsa periodontal.

- Acorde al índice de la necesidad de tratamiento periodontal (CPITN), se determina que 225 personas con un 50% no necesitan tratamiento periodontal, 147 con un 33% necesitan mejorar la Higiene Bucal, 78 personas con un 17% necesitan raspado radicular, eliminación de restauraciones desbordantes y de mejorar la higiene bucal, y solo 2 personas con un 0.4% necesitan un tratamiento complejo, estos resultados pueden ser debido a su nivel de educación superior.

9. RECOMENDACIONES

- Mantener las medidas preventivas sobre la higiene oral y que los estudiantes accedan a una profilaxis, detartraje supragingival para poder mantener su salud oral.
- Analizando que el estado periodontal óptimo es el que sobresale se recomienda mantener un buen control odontológico con visitas al especialista para poder tratar las patologías presentes
- Concienciar a las estudiantes mediante Charlas, Programas sobre el cuidado de la salud oral realizándose un buen aseo bucal utilizando los implementos necesarios para el mismo, visita al odontólogo por lo menos cada 6 meses y una profilaxis dental.
- Dar a conocer los servicios que presta nuestra Clínica Odontológica de la Universidad Nacional de Loja para que la población en estudio pueda acceder a los servicios de la misma.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro Nicolalde, M. A. (2013). Incidencia de enfermedad periodontal en individuos de tasa etaria entre 18 y 28 años en batallones militares. *tesis*, 60-62.
2. ALVAREZ, M. (cuatro de Abril de 2010). determinacion del pronostico. *terapia periodontal*, 5.
3. Anit, P. (2010). *periodonto*. 2-3-7-9.
4. Apeltodontal. (s.f.). *Sonda periodontal oms*. Obtenido de <http://www.google.com/ec/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.apeltodontal.com%2F89-142-thickbox%2Fsonda-periodontal-silver-hu-friedy-cp-115b-c-pelota.jpg&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.apeltodontal.com%2Flang-fr%2F89-sonda-periodontal-silver-hu-friedy-cp-115b-c>
5. Apodaca Lugo, A. (2010). *fundamentos de oclusion*. guatemala, mexico: instituto politecnico nacional.
6. Arias, D. M. (2013). *monografias.com*. Recuperado el sabado de octubre de 2014, de <http://www.monografias.com/trabajos48/periodoncia/periodoncia.shtml#ixzz3GW7lb6gX>
7. Bériz, G. (3 de marzo de 2012). *Epidemiología. Promoción y Prevención en Periodoncia. Índices más usados en Periodoncia*. Recuperado el miercoles de octubre de 2014, de <http://www.monografias.com/trabajos91/epidemiologia-promocion-y-prevencion-periodoncia-indices-mas-usados-periodoncia/epidemiologia-promocion-y-prevencion-periodoncia-indices-mas-usados-periodoncia2.shtml>
8. Botero, B. (2010). Determinantes del diagnóstico periodontal. *Periodoncia, implantología y rehabilitación*, 3, 94.
9. Carranza, A. F. (2009). *Clinical Peridontology* (novena ed.).
10. Cep, E. (2010). *Manual actualizacion de higienista dental formacion para el empleo*. España: cep SL.
11. Cics, P. (2013). *Placa supra y subgingival*. Recuperado el domingo de octubre de 2014, de placa supra y sub gingival:

<http://ipnperio1.wordpress.com/sistema-ecologico-bucal/placa-supragingival-y-subgingival/>

12. ENRIQUEZ, M. (2009). enfermedad periodontal en el estado de nuevo leon. 84.
13. Estadística. (2013). *Universidad Nacional de Loja* . Obtenido de <http://www.unl.edu.ec/estadisticas.html>
14. Firmiio Canhoto, J. P. (10 de enero de 2011). *MANUAL DE HIGIENE BUCAL*. Recuperado el viernes de octubre de 2014, de <http://quintocperiodoncia.blogspot.com/>: <http://quintocperiodoncia.blogspot.com/>
15. Galindo Romo, C. (2008). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*. España: Macmillan Iberia SA.
16. Herazo Acuña, B. (2012). *clínica del sano en odontología* (4ta ed., Vol. 4ta). bogota: acoe 2012.
17. Iglesias Berlanga, G. E. (3 de Octubre de 2011). *estudios científicos*. Obtenido de www.cpicmha.sld.cu/ha/vol18_1_12/hab12112.html
18. Iruretagoyena, M. A. (abril de 2014). *salud dental para todos*. Recuperado el sábado de octubre de 2014, de <http://www.sdpt.net/PER/cpitn.htm>
19. Ito Arai, J. (2012). *Alternativas Mecánicas en Ortodoncia*. Chile: el manual moderno.
20. Jeff. (21 de diciembre de 2012). Encias. *salud kioskea.net*, 1.
21. José Díaz Novás, B. G. (2008). Diagnostico medico bases y procedimientos. *revista cubana med*, 2.
22. Lindhe, J. (2009). *Periodontología clínica e Implantología Odontológica* (cuarta ed.). (A. Alcocer, Ed.) Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.
23. Macin Cabrera, S. A. (2011). Tratamiento periodontal no quirúrgico en pacientes con gingivitis y periodontitis moderada. *Universidad Complutense de Madrid*, 232.
24. Matesanz-Pérez P, M.-C. R.-M. (abril de 2008). Avances gingivales. *Avances en periodoncia*, 20(1), 12-13.

25. Mombriedo Sandoval, R. G. (marzo de 2011). *ebrary.com/lib/unlsp/docDetail.action?docID=10458152&pOO=estudios actuales sobre necesidad de tratamiento periodontal*. Recuperado el martes de octubre de 2014, de ebrary.com/lib/unlsp/docDetail.action?docID=10458152&pOO=estudios actuales sobre necesidad de tratamiento periodontal
26. Pacheco, C. (2012). *Periodonto. fisiología y fisiopatología*, 1.
27. Pérez, C. (2008). Determinantes de la Necesidad de Tratamiento periodontal en jóvenes de la Escuela Militar. *scielo*, 37(1), 1-5.
28. periodontal, I. d. (2010). *estsocial.sld.cu/docs/*. Recuperado el sábado de octubre de 2014, de índice de estado peiodontal pdf: <http://estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones/Indice%20de%20Estado%20P eriodontal.pdf>
29. Pihlstrom, D. (2010). *Evaluación del riesgo periodontal, diagnóstico y planificación del tratamiento*. Recuperado el viernes de octubre de 2014, de http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/ArticulosR/Periodontology2010/2012/01/108010200370058.pdf
30. Research, N. I. (2013). Enfermedad de las encías o enfermedad periodontal: Causas, síntomas y tratamientos. *National Institutes of Health*, 1.
31. Rodriguez Pacheco, C. (2008). *periodonto*. sinaloa: gusteda.
32. Rojas Garza, M. T. (2009). *anatomia dental* (segunda ed., Vol. cap 3). mexico: El manual Moderno.
33. Romero, N. (s.f.). *estado de salud periodontal y necesidad de tratamiento de estudiantes universitarios*. Recuperado el martes de octubre de 2014, de ebrary.com/lib/unlsp/docDetail.action?docID=10149482&pOO=estudios del cpitn
34. Ruiz, M. (10 de octubre de 2011). Higiene Oral y Enfermedad Periodontal en Individuos con síndrome Metabolico. *Revista Latinoamericana de Hipertencion*, 6(4), 61-63.
35. Zapata Paredes CJ, A. A. (2013). Necesidad de tratamiento periodontal en relación al consumo de Alendronato en pacientes con osteoporosis postmenopausica. *scielo*, 6(2).

MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



Nº HC

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS GÉNERO: F M

CI. ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO LUGAR DE PROCEDENCIA: LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA: CICLO: TELÉFONO:

TRABAJA: SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD SI NO QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? SI NO QUE FARMACO?

ALERGIAS SI NO CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI Parentesco NO

HTA SI Parentesco NO

CANCER SI Parentesco NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana más de dos veces al mes ocasionalmente nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente poco frecuente nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI NO QUE ACTIVIDAD

OTROS:

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

Óptimo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 1 vez	<input type="checkbox"/>	Utiliza hilo dental	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>	Cepilla 2 veces	<input type="checkbox"/>	Utiliza enjuague bucal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 3 veces	<input type="checkbox"/>					
		Otros	<input type="checkbox"/>					

CONTROL ODONTOLÓGICO

Óptimo	<input type="text"/>	visitas al Odontólogo	1 vez al año	<input type="text"/>
Regular	<input type="text"/>	visitas al Odontólogo	2 veces al año	<input type="text"/>
Malo	<input type="text"/>	visitas al Odontólogo	3 veces al año	<input type="text"/>

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>								
FRONTAL	POSITIVO	<input type="text"/>	NEGATIVO	<input type="text"/>	LEVE	<input type="text"/>	MODERADO	<input type="text"/>	INTENSO	<input type="text"/>	UNI O BILATERAL	<input type="text"/>
MAXILAR	POSITIVO	<input type="text"/>	NEGATIVO	<input type="text"/>	LEVE	<input type="text"/>	MODERADO	<input type="text"/>	INTENSO	<input type="text"/>	UNI O BILATERAL	<input type="text"/>
MANDIBULAR	POSITIVO	<input type="text"/>	NEGATIVO	<input type="text"/>	LEVE	<input type="text"/>	MODERADO	<input type="text"/>	INTENSO	<input type="text"/>	UNI O BILATERAL	<input type="text"/>

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACIOS SI

NORMAL SI

ATM:

Función de ATM RUIDO (click/crépito) DESVIACIÓN DEFLEXIÓN NORMAL

Dolor en la ATM SI NO UNILATERAL BILATERAL

Limitación en apertura SI NO

Desviación mandibular a la apertura. SI NO DERECHA IZQUIERDA

Pérdida de soporte Oclusal Posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL

LABIOS:

Pigmentaciones	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
Labio fisurado	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
Queilitis angular	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>
Color cianótico:	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>

Otros Cuáles

Tonicidad labial				
Hipertónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipotónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Normal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FORMA DE ROSTRO

Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovalado	<input type="checkbox"/>

BIOTIPO FACIAL:

Braquicéfalo	<input type="checkbox"/>
Normocéfalo	<input type="checkbox"/>
Dolicocéfalo	<input type="checkbox"/>

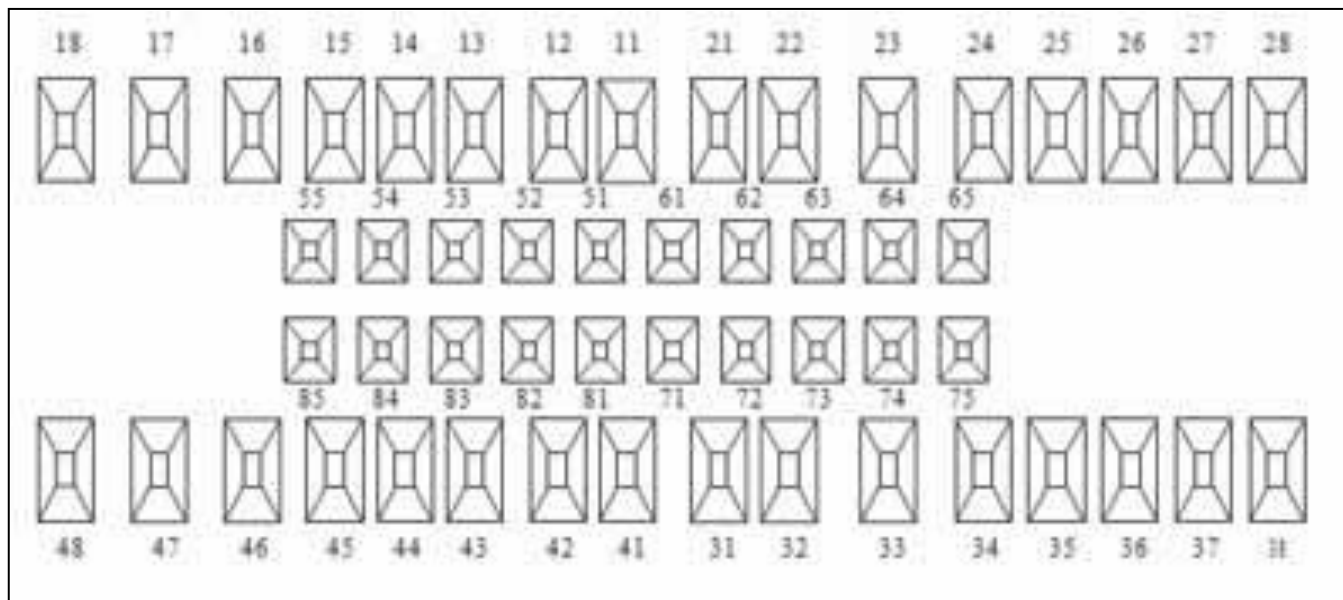
ASIMETRÍA FACIAL:

FOTOGRAFÍA				
DERECHA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
IZQUIERDA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
LÍNEA MEDIA FACIAL	recta	<input type="checkbox"/>	desviada	<input type="checkbox"/>

HABITOS

MORDEDURA DE OBJETOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CUAL	<input type="text"/>
CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CUAL	<input type="text"/>
INTERPOSICION LINGUAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
ONICOFAGIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
BRUXISMO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
RESPIRADOR BUCAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
SUCCION DIGITAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="text"/>

ODONTOGRAMA:



C

P

O

Porta ortodoncia fija SI NO

Tuvo tratamiento ortodoncico SI NO

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

CUADRANTE 2

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

CUADRANTE 3

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

CUADRANTE 4

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

CLASE DE KENNEDY

CLASE I	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE II	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE III	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MODIFICACION	<input type="checkbox"/>
CLASE IV	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Tipo	<input type="checkbox"/>
P.REMOVIBLE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	MATERIAL	<input type="checkbox"/>
P. TOTAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNI/ BIMAXILAR	<input type="checkbox"/>

LESIONES NO CARIOSAS

SI NO

Erosión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Clase I	<input type="checkbox"/>	clase II	<input type="checkbox"/>	clase III	<input type="checkbox"/>
Abrasión	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>
Atrición	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						
Abfracción	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>						

Fluorosis dental SI NO Cuestionable Muy leve Leve Moderado Severo

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios SI NO Pieza:
 Agenesia SI NO Pieza:

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos SI NO Pieza:
 Caries SI NO Pieza:

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

RELACIÓN CANINA:

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

OVERJET	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
OVERBITE	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>

MALOCLUSIONES

Mordida abierta Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Mordida Abierta Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida profunda	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>

Mordida cruzada anterior SI NO
Mordida cruzada posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL
Mordida bis a bis SI NO

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior SI NO Leve Moderado Severo
Posterior SI NO Leve Moderado Severo

FORMA DE DIENTES

Triangular
Ovalados
Cuadrados

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALIZADAS Pieza **DISTALIZADAS** Pieza
LINGUALIZADAS Pieza **VESTIBULARIZADAS** Pieza
EXTRUIDAS Pieza **INTRUIDAS** Pieza

MAXILAR:

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

PALADAR DURO

Torus palatino SI NO
Comunicación bucosinusal SI NO
Atresis maxilar SI NO
Micrognatismo maxilar SI NO
Macrognatismo Maxilar SI NO

Petequias SI NO

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas Aftas mayores Aftas menores Lesiones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas SI NO Localización
Lesiones Rojas SI NO Localización
Lesiones Ulcerosas SI NO Localización

EPULIS TRAUMATICO SI NO Localizado Carrillos Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula SI NO Localización
Hipertrofia de frenillo lingual SI NO
Torus lingual SI NO

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis SI NO

GLÁNDULAS SALIVALES:

Tumefacción G. Parótida G. Submaxilar G. Sublingual
Dolor

Secreción Purulenta
 Fluidez Salival
 Obstrucción de conductos salivales

PH SALIVAL
 ÁCIDO (ROJO)
 BÁSICO (AZUL)
 NORMAL (NO HAY CAMBIO)

FRENILLO LABIAL
 NORMAL
 INSERCION BAJA

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

APENDICE DE FRENILLO
 Produce diastemas a nivel incisivos
 NECESIDAD DE TRATAMIENTO

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FRENILLO LINGUAL
 NORMAL
 ANQUILOGLOSIA
 PRODUCE PROBLEMAS FONETICOS
 NECESIDAD DE TRATAMIENTO

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

LENGUA:
 FISURADA
 GEOGRÁFICA
 MACROGLOSIA
 PATOLOGÍA PULPAR:

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

1. Inspección

Cambio de color	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Caries penetrante	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Exposición pulpar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Líneas de fisura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Fistula	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
Microfiltración	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>

Fractura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="checkbox"/>
----------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------	--------------------------

Tejidos Dentales

Coronaria	<input type="checkbox"/>
Radicular	<input type="checkbox"/>
Corono-radicular	<input type="checkbox"/>

Tejidos de Soporte

Contusión	<input type="checkbox"/>
Subluxación	<input type="checkbox"/>
Luxación	<input type="checkbox"/>
Intrusión	<input type="checkbox"/>
Avulsión	<input type="checkbox"/>

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado	<input type="checkbox"/>
§ Localizado	<input type="checkbox"/>
§ Corto	<input type="checkbox"/>
§ Intermitente	<input type="checkbox"/>
§ Espontaneo	<input type="checkbox"/>
§ Difuso	<input type="checkbox"/>
§ Prolongado	<input type="checkbox"/>
§ Continuo	<input type="checkbox"/>

§ Sordo	<input type="checkbox"/>
§ Expansivo	<input type="checkbox"/>
§ Pulsátil	<input type="checkbox"/>
§ Irrradiado	<input type="checkbox"/>
§ Ocasional	<input type="checkbox"/>
§ Constante	<input type="checkbox"/>
§ Agudo	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

3. Palpación

Coronaria	Sintomática	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Apical	Sintomático	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tumefacción firme			<input type="checkbox"/>		
Tumefacción Blanda			<input type="checkbox"/>		
Asintomático			<input type="checkbox"/>		

4. Percusión

Horizontal	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>
Vertical	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>

5. Pruebas térmicas

Frío	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Cede después del estímulo	<input type="checkbox"/>
Calor	Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>	Al retirarlo persiste	<input type="checkbox"/>

6. Movilidad

Grado I		Pieza	<input type="checkbox"/>
Grado II		Pieza	<input type="checkbox"/>
Grado III	<input type="checkbox"/>	Pieza	<input type="checkbox"/>

7. Sondaje periodontal

MV	<input type="checkbox"/>	MeV	<input type="checkbox"/>	DV	<input type="checkbox"/>
MP-L	<input type="checkbox"/>	MeP-L	<input type="checkbox"/>	DP-L	<input type="checkbox"/>

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar Normal	<input type="checkbox"/>
Modificada	<input type="checkbox"/>

Conductos radiculares Calcificación

Resorción interna
Resorción externa
Otros

Periápice

Lesión periapical Presente
Ausente

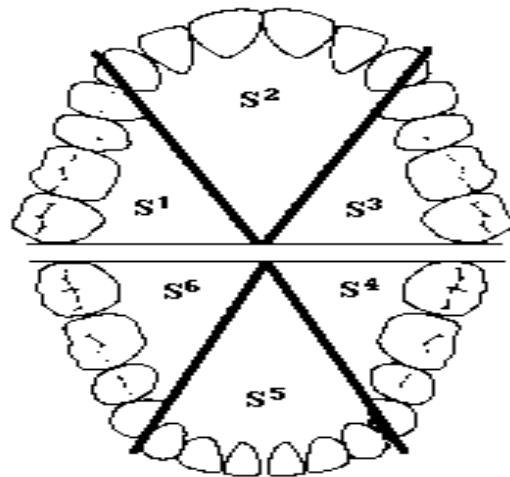
Ligamento periodontal Normal
Denso
Roto

9. DIAGNÓSTICO

NECROSIS PULPAR
PULPITIS IRREVERSIBLE
PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA
PULPITIS REVERSIBLE
ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO
ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA
ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA
DESPULPADO / RETRATAMIENTO
OTRO:

PATOLOGIA PERIODONTAL
EVALUACIÓN PERIODONTAL:
Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad
NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

- 0 Tejidos sanos
- 1 Sangrado gingival
- 2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas
- 3 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm
- 4 Bolsa patológica mayor a 6 mm



S1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		

- Código 0: Mantener las medidas de prevención.
- Código 1: Instrucción de higiene bucal
- Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular
- Código 3: Tratamiento complejo

DIAGNOSTICO
OBSERVACIONES

VALORACIÓN DE RAMFJORD

- | | | | |
|----|--|----|---|
| G0 | | G0 | AUSENCIA DE INFLAMACION |
| G1 | | G1 | Zona enrojecida de encía que rodea diente. |
| G2 | | G2 | Gingivitis alrededor del diente. |
| G3 | | G3 | Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones. |

PERIODONTITIS

Perdida de inserción de 3 mm - LEVE

SI NO

Perdida de inserción de 3 - 6 mm - MODERADO

SI NO

Perdida de inserción mayor 6 mm - SEVERO

SI NO

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL

SI NO

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15 1/3 corona
 PIEZA #11 ó 21 1/3 corona
 PIEZA #24 ó 25 1/3 corona
 PIEZA #34 ó 35 1/3 corona
 PIEZA #31 ó 41 1/3 corona
 PIEZA #46 ó 45 1/3 corona

2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona

3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona

CÁLCULO SUBGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15 1/3 raíz
 PIEZA #11 ó 21 1/3 raíz
 PIEZA #24 ó 25 1/3 raíz
 PIEZA #34 ó 35 1/3 raíz
 PIEZA #31 ó 41 1/3 raíz
 PIEZA #46 ó 45 1/3 raíz

2/3 raíz
 2/3 raíz
 2/3 raíz
 2/3 raíz
 2/3 raíz
 2/3 raíz

3/3 raíz
 3/3 raíz
 3/3 raíz
 3/3 raíz
 3/3 raíz
 3/3 raíz

INDICE IHOS

Placa Bacteriana

PIEZA #16 ó 15 1/3 corona
 PIEZA #11 ó 21 1/3 corona
 PIEZA #24 ó 25 1/3 corona
 PIEZA #34 ó 35 1/3 corona
 PIEZA #31 ó 41 1/3 corona
 PIEZA #46 ó 45 1/3 corona

2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona
 2/3 corona

3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona
 3/3 corona

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaría recibir tratamiento odontológico

Si No Que tipo de tratamiento

Qué tipo de atención prefiere

Publica Privada

Conoce los servicios que ofrece la clínica odontológica de la UNL

Si No

Le gustaría ser atendido en la clínica odontológica de la UNL

Si No

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontológico

Si No

Porque

RESPONSABLE:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA
CLINICA INTEGRAL

Loja,.....del 20.....

Historia Clínica N°.....

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Yo....., con cédula de identidad #..... en pleno uso de mis facultades mentales, independiente, declaro que:

1. Estoy consciente de la necesidad de realizarme el tratamiento odontológico de:
.....
.....
2. He sido correctamente informado(a) que el tratamiento completo será realizado por un alumno de la Carrera de Odontología de la UNL que se encuentra en proceso de aprendizaje, bajo supervisión de un Docente Tutor.
3. Proporcionaré información veraz y completa en el momento que el estudiante me realice la historia clínica. En caso de que omitiera algún dato en la misma, ni la Universidad Nacional de Loja ni el alumno se harán responsables de cualquier complicación de salud que se presente antes, durante o después del tratamiento odontológico.
4. Se me ha comunicado sobre la naturaleza y propósito del tratamiento. Igualmente que durante el tratamiento pueden ocurrir algunas complicaciones o ciertos accidentes operatorios.
5. Se me ha informado que en caso de que no cumpliera adecuadamente con el cronograma de citas establecidas o indicaciones proporcionadas por el estudiante, el pronóstico y el resultado de mi tratamiento puede complicarse o comprometerse.

6. He sido comunicado que cualquier cambio en mi salud o en el tratamiento odontológico que se me está realizando debo informar lo antes posible a la Clínica Odontológica de la UNL.
7. Acepto y autorizo a él (la) estudiante:..... para la ejecución de dicho tratamiento.

Firma Paciente

Firma Estudiante

ANEXO 3

CRONOGRAMA	MAYO				JUNIO				JULIO			
ACTIVIDAD												
Ejecución del macroproyecto: Levantamiento epidemiológico			x	x								
construcción de base de datos			x	x								
control de calidad de la base de datos			x	x	x							
Elaboración del proyecto de tesis						x	x					
Presentación para la declaratoria de pertinencia del proyecto de tesis								x				
Elaboración y desarrollo de la tesis									X	x	x	
presentación del borrador de tesis												x

ANEXO 4

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

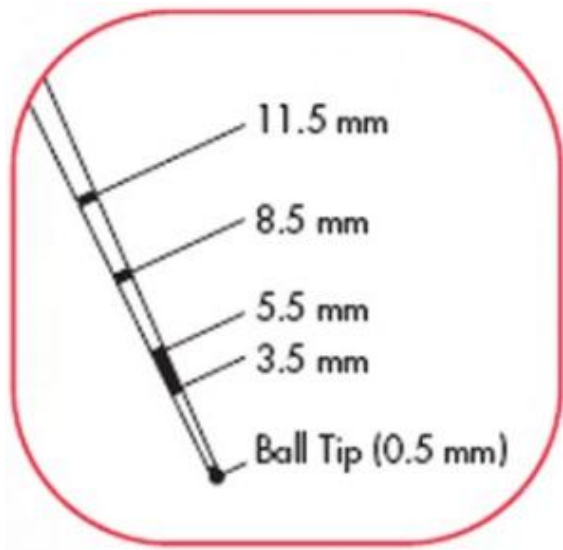
RECURSOS Y FINANCIAMIENTO PARA EL PRIMER MOMENTO					
DETALLE	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COSTO	TOTAL	FINANCIAMIENTO
Impresión de Historia clínica	6	Unidad	0,05	0,3	Estudiantes X módulo
Copias de la historia clínica	3600	Unidad	0,01	36	Estudiantes X módulo
Impresión de Carnet	600	Unidad	0,1	60	Estudiantes X módulo
Instrumental Básico de diagnóstico dental	132	Unidad	45	5940	Estudiantes X módulo
Guantes	7	Caja	8	56	Estudiantes X módulo
Mascarillas	100	Unidad	0,25	25	Estudiantes X módulo
cepillos profilácticos	600	Unidad	0,2	120	Clínica Odontológica
Pasta profiláctica	6	Tarro	10	60	Clínica Odontológica
Flúor	10	Frasco	12	120	Clínica Odontológica
Digitadores	2	Persona	1500	1500	Estudiantes

de datos		s			X módulo
TOTAL				7917,3	

RECURSOS y FINANCIAMIENTO PARA EL SEGUNDO MOMENTO					
DETALLE	CAN TI- DAD	DESCRIP- CIÓN	COSTO	TOTA L	FINANCI A- MIENTO
MATERIALES DE ESCRITORIO	5	Impresiones	\$30,00	\$150	Estudian- te de X Módulo
	5	Empastados	\$24,00	\$120	
	2	Lapiceros	\$ 0.30	\$0.60	
		Imprevistos		\$100	
RECURSOS DIGITALES	1	Cámara Digital	\$250	\$250	Estudian- te de X Módulo
	1	Flash memory	\$22,00	\$22,00	
TOTAL				\$642,60	

ANEXO 5

Gráfico: sonda OMS



(Apeltondental, pág. 1)

ANEXO 6

FOTOS

Paciente en oclusión izquierda se observa mal oclusión y enfermedad periodontal



Paciente con periodonto normal



Sondeo periodontal con la sonda OMS



12 ÍNDICE

Caratula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Título	1
Resumen	2i
Abstract	4
Introducción	5
Esquema de marco teórico	7
Revisión de la Literatura	9
Materiales y métodos	35
Resultados	37
Discusión	41
Conclusiones	43
Recomendaciones	45
Bibliografía	46
Anexos	49
Índice	73