



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA**

**“DETERMINAR EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL POR  
APIÑAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO SOCIO-ECONÓMICO DE  
LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL  
“HERNÁN GALLARDO MOSCOSO” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO  
ENERO-JUNIO 2011”**

**Autora**

Claudia Elizabeth Sánchez S.

**DIRECTORA**

Dra. Mgs. Gloria Carrión G.

## **AUTORIA**

El presente trabajo de investigación ha sido realizado con mucha dedicación, responsabilidad y seriedad, por lo tanto todos los conceptos, críticas y análisis son de exclusiva responsabilidad de la autora.

## **AGRADECIMIENTO**

Al término de una nueva etapa de formación académica expreso mi gratitud a los Directivos de la Universidad Nacional de Loja, a la Directora de la Carrera de Odontología Dra. Mgs. Leonor Peñarreta y docentes de la misma, quienes con su profesionalismo, calidad humana y con su enseñanza desinteresada nos apoyan e imparten sus conocimientos.

Quiero dejar mi más sincero agradecimiento a la Dra. Mgs. Gloria Carrión Gordillo, Directora de Tesis por sus conocimientos impartidos, su constancia, ayuda y colaboración para la realización del presente trabajo investigativo.

De igual forma agradecer al Dr. Carlos Burneo Valarezo, Rector del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”, docentes, señores y señoritas estudiantes quienes me facilitaron la información y el tiempo necesarios para el desarrollo del presente trabajo.

La Autora

**DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico con mucho respeto a Dios por haberme dejado ser partícipe de este mundo maravilloso y estar conmigo en cada etapa de mi vida, derramándome sabiduría y fortaleza.

A mis Padres: Patricio y Patricia, que por sus enseñanzas y ejemplo he llegado a ser lo que soy, por sus palabras de aliento y por darme el mejor regalo “La educación”, a mis hermanos Jhonny y Deyber por su comprensión e infinito cariño.

A mi Esposo, David, por el amor incondicional, su apoyo constante y por compartir todos los momentos de mi vida.

A mi Tío, Darwin, por confiar en mí, por su eterno apoyo, incondicional, ya que siempre ha estado a mi lado dándome las fuerzas necesarias para seguir adelante y cumplir mis metas propuestas.

A todos ellos con profundo respeto y cariño...

Claudia Elizabeth

## INDICE

AUTORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
INDICE	v
SUMARIO	vii
INTRODUCCIÓN	13
MARCO TEORICO	16
METODOS Y MATERIALES	51
RESULTADOS	57
DISCUSIÓN	73
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	84
ANEXOS	88

## **TEMA**

**“DETERMINAR EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL POR  
APIÑAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO SOCIO-ECONÓMICO DE  
LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL  
“HERNÁN GALLARDO MOSCOSO” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO  
ENERO-JUNIO 2011”**

## **SUMARIO**

## RESUMEN

El presente trabajo investigativo titulada: “DETERMINAR EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL POR APIÑAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO SOCIO-ECONÓMICO DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO” PERIODO ENERO-JUNIO 2011”, es de tipo descriptivo-observacional, consiste en describir y evaluar características que posibilitan determinar la presencia de enfermedades en la cavidad oral, ya que mediante la observación directa y la toma de impresiones se obtuvo los modelos de yeso, en los que se diagnosticó el grado de apiñamiento dental según el autor Esequiel E. Rodríguez quien lo clasificó de acuerdo a la cantidad de apiñamiento en “apiñamiento leve, moderado, severo”<sup>1</sup>; para registrar el grado de enfermedad periodontal, se realizó el sondeo dental a través del “índice de enfermedad periodontal PSR (Sistema de Detección y Registro Periodontal) relacionándolo con el sexo y la edad; a través de la aplicación de encuestas se pudo conocer el estado de la situación socio-económica de los educandos del Colegio “Hernán Gallardo Moscoso” y su relación con el sexo y edad.

Los resultados obtenidos muestran que de todos los 73 estudiantes que constituyen la muestra la mayoría de ellos presenta:

---

<sup>1</sup> Esequiel E. Rodríguez, ORTODONCIA CONTEMPORANEA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 2da Edición 2008. Cap. 14. Págs. 409-411.

Maxilar Superior: apiñamiento leve en el varones 26.1%, mujeres 12.9%.

Maxilar Inferior: apiñamiento moderado varones 28.5%, apiñamiento leve mujeres 19.3%.

Bimaxilar: apiñamiento leve varones 28.5%, mujeres 48.3.

Esto ha llevado a conocer que la enfermedad predominante es la Gingivitis Leve Generalizada, tanto en hombres (50%) como en mujeres (42%); ésto último se deben principalmente al desconocimiento de una cultura preventiva por parte de los padres de familia, la falta de cuidado minucioso en la higiene dental de los educandos. El apiñamiento dental causante de las enfermedades periodontales tienen factores etiológicos como el aspecto hereditario, malos hábitos, comidas blandas durante la infancia y/o exodoncias prematuras, esto último relacionado además con el estado socio-económico de sus hogares.

Se realizó concientización de Salud Buco Dental a todos los estudiantes que conforman el universo a investigar mediante la entrega de un Manual.

## SUMMARY

The following research work titled: "DETERMINING THE DEGREE OF PERIODONTAL DISEASE BY CROWDING AND ITS RELATION TO SOCIO-ECONOMIC STATUS OF ADOLESCENTS FROM 12 TO 15 YEARS OF AGE OF THE GALLARDO MOSCOSO HERNÁN HIGH-SCHOOL IN THE PERIOD OF JANUARY-JUNE 2011". It is a descriptive and observational research and it consists to describe and evaluate the features that enable us to determine the presence of disease in the oral cavity, through direct observation and impressions taken we obtained plaster models in which the degree of dental crowding was diagnosed according to Esequiel E. Rodríguez, who classified the amount of crowding in "mild, moderate, severe crowding". To record the degree of periodontal disease, a dental inspection was carried-out through the Periodontal Disease Index PSR (Detection System and Periodontal Registration) related to sex and age; throughout the application of surveys the socio-economic status of students of the "Gallardo Hernán Moscoso" high-school and its relation to sex and age was identified.

The results show that all 73 students that represent the sample most of them have:

Maxilla: mild crowding in men 26.1%, women 12.9%.

Lower jaw: moderate crowding men 28.5%, light crowding women 19.3%.

Bimaxillary: mild crowding males 28.5%, women 48.3.

This has lead us to known the predominant disease in the Gingivitis is generalized light in both men (50%) and women (42%). The latter is mainly due to lack of knowledge of a culture of prevention by parents, lack of meticulous care in the dental hygiene of students; the dental crowding causative of periodontal diseases have etiological factors such as hereditary aspect, bad habits, soft foods during childhood and / or premature extractions, this last one is related to socio-economic status of their homes.

We performed oral health awareness to all students that are part of the research by providing a Manual.

## INTRODUCCIÓN

“Apiñamiento dental es una de las mal oclusiones más frecuente, presentándose tanto en la región anterior como posterior, superior o inferior. A esto se llama disrelacion dentoósea o discrepancia dentoesqueletal, la etiología del apiñamiento se puede presentar por varias situaciones como: causas hereditarias, número y tamaño de piezas dentarias”<sup>2</sup> ; causas adquiridas como pérdidas prematuras o retención prolongada de piezas dentales, malos hábitos sobre todo en la infancia “provocado por una incorrecta alimentación es por ello que expertos recomiendan a los padres no abusar de las comidas blandas como cereales y comidas de bebé, pues ingerir este tipo de alimentos hace que los músculos y los huesos se vuelvan débiles y no se desarrollen correctamente. Por ello se aconseja ir añadiendo poco a poco comidas más duras en la dieta de los niños como manzanas o carne, para que empiecen a masticar”<sup>3</sup>, entre otros; “causas indirectas o predisponentes como defectos congénitos, anomalías, infecciones, metabolismos, otros; causas directas o determinantes como supernumerarios, mal formaciones, entre otros<sup>4</sup>” , las personas con este tipo de anomalía pueden tener problemas a la hora de hablar, por la dificultad que experimentan para pronunciar correctamente algunos sonidos y por último, lo más importante, puede quebrantar la autoestima provocando reacciones que incidan al comportamiento afectando la confianza en sí mismo por no estar contento con su estética facial como se puede observar en nuestra ciudad y aún más de cerca en el Colegio Fiscal “Hernán Gallardo

---

<sup>2</sup>Y <sup>3</sup> ESEQUIEL E. Rodríguez, Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y Tratamiento. 2da Edición 2008. Cap. 14.

<sup>3</sup> <http://www.salud.com/salud-dental/el-apinamiento-dental-y-sus-causas.asp> (Año 1997)

Moscoso”, ya que para algunos jóvenes y personas en general mejorar el aspecto externo puede llegar a ser más trascendente que los propios problemas funcionales, todo esto impide su desenvolvimiento normal, y escasa vida social.

Debido a la mala ubicación de las piezas dentales como el apiñamiento dental provoca una mayor acumulación de placa bacteriana, acarreado problemas como la enfermedad periodontal; ésta es una infección de los tejidos que rodean y dan soporte al diente, así tenemos “la gingivitis y la periodontitis que son enfermedades más frecuentes que pueden adquirir las personas y que aparenten ser sanas. La primera es un proceso inflamatorio de la encía, en el cual el epitelio de unión, aunque modificado por la enfermedad, se une al diente en su nivel original y se habla de periodontitis cuando se pierde tanto la inserción del ligamento periodontal, como el soporte óseo alveolar”<sup>5</sup>, como es un proceso silencioso e indoloro muchas personas no saben que lo poseen, consecuentemente se presenta la pérdida temprana de sus piezas dentales desencadenando incomodidad en su estética facial.

La situación socio económica en los hogares de los adolescentes es precaria lo cual influye en el estado de salud buco dental de la familia.

Temas como los anotados constituyen un problema que ha ido en aumento en los últimos años, por los que resulta difícil evitar su conocimiento, estudio y profundización, tornándose más bien, en motivante para la presente investigación, enfocada en “DETERMINAR EL GRADO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL POR

---

<sup>5</sup> Genco Goldman Cohen, PERIODONCIA, cap. 4, pág. 66

## APIÑAMIENTO Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO SOCIO-ECONÓMICO DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”, DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO ENERO-JUNIO 2011”.

La investigación realizada es de tipo descriptivo observacional, en la cual se realizó un examen clínico bucal para determinar apiñamiento dental y grado de enfermedad periodontal. Se registraron los datos en una historia clínica odontológica, se tomaron impresiones para estudiarlos y determinar en estos el grado de apiñamiento presente; para conocer la situación socio-económica de los estudiantes del Colegio “Hernán Gallardo Moscoso” se aplicó una encuesta preelaborada y validada.

Con los datos obtenidos se llegó a determinar que de un universo estudiantil de 130 el 56% (73 alumnos) que corresponde a la muestra presentó apiñamiento dental en diferentes grados siendo lo más frecuente: Maxilar Superior.- apiñamiento leve varones 26.1%, mujeres 12.9%. Maxilar Inferior.- apiñamiento moderado varones 28.5%, apiñamiento leve mujeres 19.3%. Bimaxilar.- apiñamiento leve varones 28.5%, mujeres 48.3%. Y de igual forma se conoció la presencia de Enfermedad Periodontal en la cual predominó la Gingivitis Leve Generalizada con un 42% mujeres y 50% varones, lo que nos permite conocer el estado de los investigados planteando recomendaciones tanto a la Institución Educativa, a los Estudiantes, al Ministerio de Salud Pública y a la Universidad Nacional de Loja, se entregó un Manual de Educación Buco Dental a todos los educandos que conforman el universo.

## **1. MARCO TEORICO**

## ESQUEMA

### CAPITULO I

#### TEJIDOS PERIODONTALES SANOS

1. ENCIA ESTRUCTURA Y FUNCION
2. EPITELIO GINGIVAL
3. SURCO GINGIVAL Y UNION GINGIVODENTARIA
4. APORTE SANGUINEO A LA ENCÍA
5. RELACIÓN ENTRE EPITELIO Y ESMALTE
6. LIQUIDO DEL SURCO

### CAPITULO II

#### ENFERMEDAD PERIODONTAL

1. GINGIVITIS
  - a. CARACTERISTICAS CLÍNICAS
  - b. TIPOS DE GINGIVITIS
    - i. GINGIVITIS AGUDA
    - ii. GINGIVITIS CRONICA
    - iii. GINGIVITIS ULCERO NECROSANTE AGUDA
    - iv. AGRANDAMIENTOS GINGIVALES
    - v. AGRANDAMIENTO HIPERPLÀSICO (HIPERPLASIA INDUCIDA POR MEDICAMENTOS)
  - c. PLAN DE TRATAMIENTO
2. PERIODONTITIS
  - a. CARACTEÍSTICAS CLÍNICAS
  - b. TIPOS DE PERIODONTITIS
    - i. PERIODONTITIS MARGINAL

- ii. PERIODONTITIS JUVENIL
  - iii. PERIODONTITIS ULCEROSA NECROSANTE
  - c. PLAN DE TRATAMIENTO
3. INDICE DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

### **CAPITULO III**

#### APIÑAMIENTO DENTAL

1. GENERALIDADES
2. ETIOLOGÍA
3. CLASIFICACIÓN
  - a. APIÑAMIENTO PRIMARIO
  - b. APIÑAMIENTO SECUNDARIO
  - c. APIÑAMIENTO TERCARIO
4. FACTORES QUE FAVORECEN
5. TRATAMIENTO

### **CAPÍTULO IV**

#### HIGIENE DENTAL

1. GENERALIDADES
2. CEPILLOS DENTALES
3. TECNICAS DE CEPILLADO DENTAL
4. TECNICA DE LIMPIEZA INTERDENTAL
5. CEPILLADO DE LA LENGUA
6. DENTRÍFICOS

## CAPITULO I

### TEJIDOS PERIODONTALES SANOS

#### 1. Encía, Estructura y Función

“Periodonto abarca el conjunto de tejidos integrados por la encía (gingiva) y los tejidos de sostén del diente: hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular”<sup>6</sup>.

“Una encía sana (conocida como encía prístina) es una situación ideal en la que no hay placa bacteriana y el tejido gingival es histológicamente perfecto, sin un infiltrado inflamatorio. Esto se puede lograr bajo condiciones experimentales y mediante una higiene oral meticulosa.

##### a. Características Clínicas

La encía saludable se caracteriza por presencia de una cantidad modesta de placa bacteriana, se presenta de color rosado, este se puede modificar por la presencia de pigmentaciones en una persona de color oscuro, el contorno papilar es plano y el contorno marginal esta festoneado. Su consistencia es dura-elástica. El margen gingival se localiza en la unión amelocementaria. La papila interincisal tiene una apariencia característica de piel de naranja (puntillado característico).

---

<sup>6</sup> CARRANZA F. Compendio de Periodoncia

El sondaje identifica la presencia de un surco gingival de aproximadamente 1,5mm de profundidad.

b. Características Topográficas

El surco gingival es poco profundo (0.69mm), la inserción epitelial se localiza en el esmalte (0.97mm), la inserción conectiva se localiza en el cemento radicular (1.07mm), la distancia desde el fondo del surco a la cresta ósea se conoce como anchura biológica (2.04mm)”<sup>7</sup>.

## 2. Epitelio Gingival

“La superficie gingival está cubierta por epitelio escamoso estratificado; en los seres humanos este epitelio (epitelio bucal de la encía), es de tipo queratinizado.

El epitelio bucal de la encía es de tipo y grosor uniforme; el borde entre éste y la lámina dura subyacente del tejido conectivo es irregular y se caracteriza por rebordes epiteliales profundos que rodean la papila de tejido conectivo en forma de dedo.

El epitelio bucal se subdivide como la epidermis, en varias capas de células.

Capa Basal (Estrato Basal, Estrato Germinativo).

Capa de Células Espinosas (Estrato Espinoso).

---

<sup>7</sup>ENRICO G. BARTOLUCCI. Atlas de Periodoncia. 2007. Cap. 1 Pág. 3-45

Capa Granular (Estrato Granuloso).

Capa Cornificada (Estrato Córneo), es la capa más superficial”<sup>8</sup>.

### **3. Surco gingival y unión gingivodentaria.**

“El surco gingival es la hendidura que existe entre la encía y la superficie del diente, y que se desarrolla con la erupción del mismo.

Desde el punto de vista histológico el epitelio del surco es de tipo plano estratificado no queratinizado, caracterizado por la presencia de espacios intercelulares amplios donde se alojan las células inflamatorias, las mismas que producen exudados.”<sup>9</sup>

“El epitelio de unión es una capa delgada que une el tejido conectivo gingival con la superficie dental, la profundidad del surco es de 1 a 3mm en caras proximales y 1 a 2mm en las caras libres, presenta cantidades mínimas de fluido gingival, a la inflamación gingival produce aumento del exudado inflamatorio que se transfunde al interior del surco gingival. No sangra al sondeo periodontal.

### **4. Aporte sanguíneo a la encía**

El aporte sanguíneo a los tejidos gingivales se deriva, de manera principal, de los vasos supraparióísticos que se originan de las arterias linguales, mentoniana, bucal y palatina; todas

---

<sup>8</sup> GENCO Goldman, Periodoncia Cap. 1.Pags 7-21.

<sup>9</sup> BRAND I. Anatomía Estructuras Orofaciales. Cap.2 Págs. 19-42.

ellas dan ramas a lo largo de las superficies facial y bucal del hueso alveolar.

Las porciones superficiales de los vasos se observa a través de la mucosa vestibular y lingual, las ramas de las arterias alveolares penetran en el tabique interdentario o surgen del ligamento periodontal, lo que contribuye al aporte sanguíneo gingival; estas ramas se anastomosan con las periósticas y forman el lecho vascular de la encía.

El aporte nutricional del epitelio gingival se da a través de terminaciones capilares en grupos, abajo de la membrana basal. Cerca de los epitelios del surco y de unión, los vasos sanguíneos terminales forman un plexo que se extiende bajo la superficie del margen gingival a la extensión apical del epitelio de unión.

El transporte de sustancias entre el sistema circulatorio y los tejidos se lleva a cabo a través de la pared capilar en la medida de los requerimientos de una parte en particular en un momento dado.

## **5. Relación entre epitelio y esmalte**

La naturaleza de la relación entre epitelio y esmalte ha sido motivo de controversia. En 1921 se creía que el epitelio no tenía contacto con la superficie del esmalte. Se pensó en el surco gingival como un espacio delimitado por una extensión del epitelio bucal y que éste disminuía hacia el cuello del diente, donde terminaba en forma de unión lineal.

Pero gracias a estudios radiográficos aclaran que la lámina basal que cubre la superficie del diente se conoce como lámina basal interna y la que cubre el tejido conectivo, lámina basal externa. El mecanismo biológico que une las células epiteliales a la superficie del diente se define como adherencia epitelial.

La naturaleza de la relación entre el epitelio de unión y la superficie del diente es tal que las presiones mecánicas en esta región traen como resultado una rotura en el epitelio en lugar de una separación nítida de éste y la superficie del diente. Debido a que la reorganización celular en esta región es relativamente alta, el epitelio de unión se renueva cada siete días.

## **6. Líquido del surco**

Mediante un análisis se descubrió que por lo menos siete proteínas plasmáticas diferentes están presentes en el líquido del surco, se han identificado alfa 1, alfa2, beta, gammaglobulinas y fibronectina.

La cantidad de líquido de una encía normal es mínima, ésta se incrementa después de un estímulo mecánico. Si las bacterias u otros materiales en particular se introducen al surco, son expulsados con el líquido en minutos, si es que no están retenidos de forma mecánica. Esto sugiere que el efecto que se produce forme una parte importante del mecanismo local de defensa, ya que el flujo hacia el exterior previene la penetración de partículas extrañas al surco gingival<sup>10</sup>.

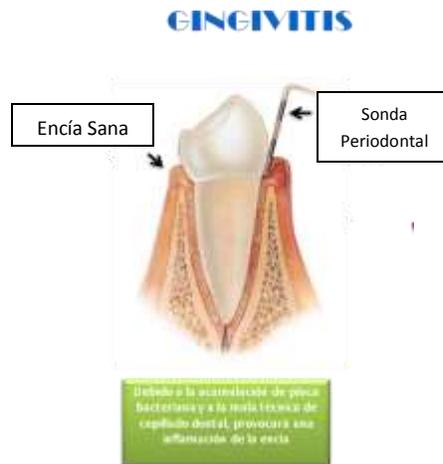
---

<sup>10</sup> GENCO Goldman, Periodoncia Cap. 1. Págs. 7-21.

## CAPITULO II

### ENFERMEDAD PERIODONTAL

#### 1. Gingivitis.



“Es una enfermedad que puede contraer personas aparentemente sanas, presenta un proceso inflamatorio de la encía al parecer la extensión de la afección en la gingivitis corresponde a la extensión de la acumulación de placa. Los cambios clínicos gingivales tempranos y evidentes incluyen las modificaciones en el color, el contorno y la consistencia de la encía marginal.

Los cambios en el color van desde rosado hasta rojo, las variaciones en el contorno desde afilado hasta engrosado y las modificaciones en la consistencia desde firme hasta esponjosa.

Además, con frecuencia el surco sangra a la manipulación suave o a la presión del borde libre de la encía. En estas etapas tempranas es posible revertir completamente el proceso inflamatorio en desarrollo mediante procedimientos de higiene bucal.

a. Características clínicas.

Entre estas tenemos: cambio de color, de la forma, se puede observar muchas veces hiperplasia gingival, aspecto de la superficie, presencia de hemorragia de manera espontánea o después del sondeo periodontal, halitosis, modificaciones en el color y la consistencia de la encía marginal, variaciones en el contorno de la gingiva”<sup>11</sup>.

b. Tipos de Gingivitis

Se describirán las enfermedades gingivales más comunes.

i. Gingivitis Aguda

Su ubicación puede ser papilar o marginal. “Los cambios de color varían con la intensidad de la inflamación, en todos los casos hay un eritema rojo brillante inicial, si la lesión no empeora, éste es el único cambio de color hasta que la encía regrese a la normalidad. En la inflamación aguda grave, el color cambia a un gris pizarra brillante, la coloración gris es por la necrosis del tejido, está demarcada de la encía adyacente por una zona eritematosa, delgada y fina, presenta hinchazón difusa y ablandamiento más la formación de vesículas.

---

<sup>11</sup> GENCO Goldman, Periodoncia Cap. 1. Págs. 7-21.

## ii. Gingivitis Crónica

En la inflamación crónica intensifica el color rojo o azulado; esto es causado por la proliferación vascular y la reducción de la queratinización provocada por la compresión epitelial del tejido inflamado. La estasis venosa agregará un matiz azulado. El color varía de tono encendido a distintos tonos de rojo, azul rojizo y azul profundo con el aumento de la cronicidad del proceso inflamatorio. Los cambios comienzan en la papila interdental y en el margen gingival y se extienden a la encía insertada. Presenta hinchazón húmeda que con la presión se comprime y forma fosetas, suavidad y friabilidad marcadas, con facilidad fragmentación a la exploración con la sonda y áreas superficiales de enrojecimiento y descamación como cabezas de alfiler.

## iii. Gingivitis Ulcero Necrosante Aguda

Es una infección bacteriana destructiva de la encía con signos y síntomas característicos. A lo largo de la historia ha recibido numerosos nombres así; infección de Vincent, gingivitis ulcero membranosa, gingivitis fusoespiroquetal, boca de trincheras, estomatitis fétida, etc.

Características Clínicas.- El patrón clínico característico es la necrosis y las ulceraciones en forma crateriforme, las lesiones generalmente comienzan en la punta de las papilas interdentarias extendiéndose a los bordes libres de la encía, la

encia está roja intensa, hinchada y dolorosa, presenta frecuentemente hemorragia espontánea, salivación excesiva y trastornos en el aliento y en el sabor, también pueden manifestar fiebres de bajo grado, linfadenopatía regional, malestar general y dolor de cabeza.

Las lesiones pueden difundirse a los tejidos blandos adyacentes, estomatitis úlcera necrosante, con síntomas locales más severos y sistémicos.

Antecedentes.- Se caracteriza por un inicio repentino que algunas veces sigue al episodio de la enfermedad debilitante o a la infección respiratoria aguda. Los cambios en los hábitos de vida, trabajo prolongado sin suficiente descanso y tensión psicológica son aspectos frecuentes en los antecedentes del paciente.

En los niños es relativamente poco frecuente, duración no definida, inmunidad no demostrada y de igual forma el contagio no se ha demostrado<sup>12</sup>.

#### iv. Agrandamientos Gingivales

“El agrandamiento gingival se refiere al aumento de volumen de la encía, es un aspecto frecuente de la enfermedad gingival. Hay varios tipos que varían de acuerdo con los factores etiológicos y cambios patológicos como son:

---

<sup>12</sup> CARRANZA F, A. Periodontología de Clickman. Cap. Patología Periodontal. Págs. 124-128.

Agrandamiento Inflamatorio.- Resulta de los cambios inflamatorios crónicos y agudos.

Inflamatorios Crónicos.- Se origina de un leve abombamiento de la papila interdientaria de la encía marginal o ambas. En la etapa inicial produce un abultamiento en forma de salvavidas alrededor de los dientes involucrados. Esta protuberancia aumenta en tamaño hasta que cubre parte de las coronas. El agrandamiento es por lo general papilar o marginal y puede ser localizado o generalizado. Progresa con lentitud y es indoloro hasta que se complica con una infección aguda o traumatismo.

Este trastorno se caracteriza por un exudativo y proliferativo de inflamación crónica. Las lesiones que clínicamente son muy rojas o rojas azuladas están suaves y friables con una superficie lisa brillante, y de fácil sangrado, tienen una preponderancia de células inflamatorias y líquido con obstrucción vascular, neoformación capilar y cambios degenerativos relacionados. Las lesiones son firmes, resilientes y rojas, tienen un gran componente fibrótico, con abundantes fibroblastos y fibras colágenas.

Etiología.- Un agrandamiento inflamatorio crónico es causado por irritación local prolongada. Los siguientes son factores etiológicos característicos: higiene bucal deficiente, relación anormal de los dientes adyacentes y antagonistas, escases de la función dentaria, pónicos o coronas con contorno inadecuado, impacción de alimentos, irritación de prótesis inadecuadas entre otras.

Inflamatorios Agudos.- Se presenta con absceso gingival, doloroso de rápida expansión y de principio repentino. Por lo general se limita a la encía marginal o a la papilar interdentaria. Su etapa inicial aparece como hinchazón roja con superficie lisa brillante, en 24 a 48 horas, la lesión se vuelve fluctuante y puntiaguda con un orificio del cual aparece un exudado purulento. Los dientes adyacentes son sensibles a la percusión; si se permite la lesión el progreso tiene ruptura espontánea.

Consiste en un foco de infección purulento en el tejido conectivo rodeado de una infiltración difusa de leucocitos polimorfonucleares, tejido edematoso y obstrucción vascular. La superficie epitelial tiene varios grados de edema intracelular y extracelular, invasión de leucocitos y ulceración.

Etiología.- El agrandamiento inflamatorio agudo se presenta como respuesta a la irritación, cuando una sustancia extraña, como una cerda de cepillo de dientes, un pedazo de semilla de manzana, se incrusta con fuerza en la encía. La lesión se confina a la encía y no se confunde con abscesos periodontales o laterales.

v. Agrandamientos Hiperplásico (Hiperplasia Inducida por Medicamentos)

Son frecuentes y consisten en el aumento de volumen de la gingiva debido al uso de algunos medicamentos, por sus efectos secundarios.

Etiología.- Los fármacos que causan el agrandamiento gingival son usualmente:

La fenitoína, ciclosporina y nifedipina que entre sus efectos colaterales provocan hiperplasia gingival, xerostomía.

Características Clínicas.- Aumento de volumen, indolora en los márgenes gingivales bucal, lingual y en la papila interdental. Conforme progresa la enfermedad los aumentos del margen y la papila se unen cubriendo en gran parte las coronas y pueden interferir en la oclusión.

La hiperplasia inducida por la fenitoína puede presentarse en bocas sin irritantes locales y estar ausente en otras en los que los irritantes locales son abundantes. La hiperplasia es con frecuencia generalizada pero es más grave en la región anterior de los maxilares, no se presenta en las áreas edéntulas<sup>13</sup>.

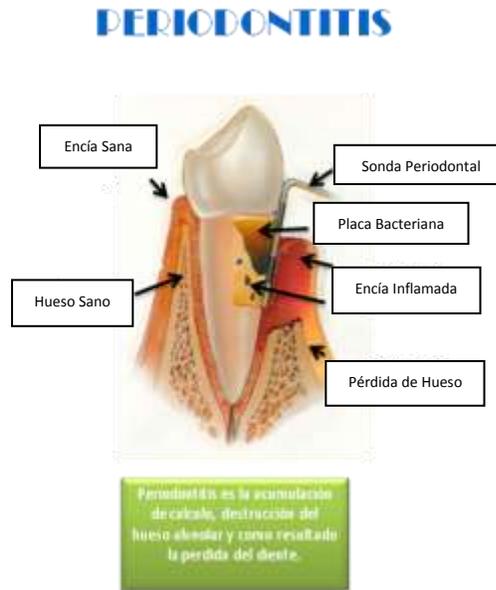
#### c. Plan de Tratamiento

Muchos pacientes con gingivitis tienen tártaro u otros factores locales asociados, por ejemplo, una obturación defectuosa que interfiere con la higiene personal y la facilidad para remover placa bacteriana. Un resultado terapéutico aceptable para estos individuos, son generalmente obtenidos cuando las medidas de control de placa personal son tomadas en conjunto con una remoción profesional de la placa, tártaro y otros factores locales contribuyentes.

---

<sup>13</sup> CARRANZA F, A. Periodontología de Clickman. Cap. 10. Págs. 135-146.

## 2. Periodontitis



Periodontitis se refiere a la “presencia de infiltrado inflamatorio apical a las fibras transeptales, reabsorción ósea y bolsa periodontal.

Cuando el infiltrado inflamatorio se distribuye apicalmente e invade las fibras transeptales, el hueso empieza a reabsorberse, dejando más espacio para las células defensivas, que fluyen hacia el lugar en gran número.

Se forma tejido de granulación, éste está altamente vascularizado y lleno de células plasmáticas que producen anticuerpos. Mientras que las capas epiteliales, del epitelio de unión, están siendo atacadas y fragmentadas, está creciendo un nuevo epitelio, pero en una posición más apical. Todo esto lleva a la formación de la bolsa periodontal”<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> ENRICO G. Bartolucci. Atlas de Periodoncia, 2007. Cap. 1. Pags.3-7.

#### a. Características Clínicas

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

Desde el punto de vista histológico, las características que podemos hallar son bolsas periodontales, localización de la unión epitelial apical a la línea amelocementaria, una pérdida de fibras colágenas, una elevada concentración de leucocitos polimorfonucleares en la unión y bolsa epitelial, y una migración del infiltrado celular inflamatorio hacia el tejido conectivo<sup>15</sup>.

#### b. Tipos de Periodontitis

“Ésta es la enfermedad periodontal más frecuente y resulta de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hacia los tejidos de soporte. Se puede clasificar como periodontitis marginal, periodontitis juvenil, periodontitis ulcerosa necrosante.

##### i. Periodontitis Marginal

Presenta inflamación crónica de la encía, la formación de bolsas y la pérdida

---

<sup>15</sup> [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext) (Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica- AÑO 2008.)

ósea son usuales en la periodontitis marginal. En casos avanzados hay movilidad dentaria y migración patológica.

Etiología.- La periodontitis marginal es causada por la placa dental. La acumulación de placa es favorecida por una gran variedad de irritantes locales como cálculos, restauraciones defectuosas y la impacción de alimentos.

La periodontitis marginal se puede subclasificar de acuerdo con la proporción de tejido destruido y con algunas características clínicas como enfermedad de evolución lenta y rápida, o también como la periodontitis refractaria.

Periodontitis de evolución lenta (periodontitis tipo adulto).- Está relacionada con abundantes depósitos de placa y cálculos. Se encuentran signos obvios de inflamación gingival (cambios en el color, textura superficial, exudado abundante y demás). Por lo general es indolora, pero puede haber sensibilidad de raíces expuestas; dolor profundo sordo causado por el acuñaamiento enérgico del alimento en las bolsas periodontales; síntomas agudos causados por formación de abscesos periodontales; y sintonías pulpares que resultan de raíces cariadas.

Periodontitis de evolución rápida.- Se vincula con cantidades escasas de placa y cálculos, las características son las siguientes: es más frecuente en adultos jóvenes en la década de los veinte, pero puede ocurrir a la edad de 35 años;

inflamación extrema; hemorragia; proliferación de la encía marginal; exudación y rápida pérdida ósea (gran pérdida en pocas semanas o meses). Puede cesar y estar en reposo o progresar la pérdida dentaria.

Periodontitis refractaria.-Se presenta en los casos que no reaccionan a la terapéutica o que recurren inmediatamente después del tratamiento adecuado por razones desconocidas. El deterioro en estos casos ocurre ya sea por afección nueva en otros dientes o por incremento en pérdida de hueso e inserción en áreas ya tratadas.

#### ii. Periodontitis Juvenil

Comprende lesiones destructivas avanzadas en niños y adolescentes. La distribución de las lesiones es la base para su clasificación en generalizada y localizada.

Generalizada.- Por lo general estas lesiones se vinculan con enfermedades sistémicas como el síndrome de Papillon-Lefèvre, agranulocitosis, síndrome de Down y otras. Tienen diferentes características que dependen de la alteración sistémica. También se describen pacientes sin factores predisponentes sistémicos básicos.

Localizada.- Esta enfermedad ha recibido los nombres de periodontosis, atrofia alveolar avanzada precoz, paradontosis juvenil y paradontopatía juvenil. Se caracteriza

por lesiones angulares profundas localizadas en los primeros molares e incisivos y ocurre en adolescentes saludables.

### iii. Periodontitis Ulcerosa Necrosante

Se describe como consecuencia de episodios repetidos de la gingivitis ulcerosa necrosante aguda y presenta cráteres óseos interdentes profundos por lo general en áreas localizadas, aunque pueda ser bastante generalizada. A menudo presenta los signos y síntomas de la ulcerosa necrosante aguda”<sup>16</sup>.

#### c. Plan de Tratamiento

El plan de tratamiento depende de los factores principales siguientes:

El grado de cooperación e interés del paciente así como la habilidad para participar en el tratamiento.

Los resultados del examen y la naturaleza y extensión de la enfermedad diagnosticada.

El pronóstico de dientes individuales, segmentos y arcadas.

El plan de tratamiento general para varias formas de enfermedad periodontal encaja en las categorías siguientes:

---

<sup>16</sup> CARRANZA F, A. Periodontología de Clickman. Cap. 14. Págs. 216-223.

Tratamiento de urgencia.- Aliviar el dolor, tratamiento de infecciones agudas, tratamiento de lesiones traumáticas, reparación de prótesis defectuosas.

Tratamiento antiinfeccioso.- Instrucciones de higiene bucal, remoción de placa y cálculos supragingivales, remoción de áreas de retención de placa y modificación de hábitos iatrogénicos, remoción completa de cálculos y placa subgingival, alisado radicular, extracción estratégica de dientes desahuciados, tratamiento oclusal.

Reevaluación. Se dirige a la reducción de la infección, resolución de la inflamación y reducción de movilidad dental. Después de esto es posible hacer un pronóstico más exacto y formular un plan de tratamiento definitivo.

Tratamiento reconstructivo o quirúrgico.- Cirugía mucogingival y periodontal, tratamiento regenerativo, tratamiento endodóntico, entre otras.

Tratamiento de mantenimiento a largo plazo.- Durante este tiempo existen citas periódicas en intervalos de tres a seis meses, durante las cuales se mide la hemorragia y supuración gingival, higiene bucal, sondeo de profundidad de bolsa, y sondeo de niveles de inserción.

### 3. Índice de Enfermedad Periodontal

Para el diagnóstico periodontal se tomará en cuenta el índice de enfermedad periodontal, “PSR (Sistema de Detección y Registro Periodontal), dividiendo las arcadas dentarias en sextantes, en la cual la sonda debe insertarse suavemente con una presión de 20 a 25 gramos, paralela al eje vertical del diente, para luego deslizar en circunferencia alrededor de cada superficie del diente, para detectar su configuración y las áreas de penetración más profundas”<sup>17</sup>. Este diagnóstico debe ser registrado para posteriormente determinar su valoración.

La valoración a tomarse en cuenta es:

“Calificación 0: salud gingival óptimo, cuando los tejidos periodontales estén sanos.

Calificación 1: gingivitis leve, presenta sangramiento observado hasta 30 segundos después del sondaje, si no hay bolsa o tártaro, pero el sangramiento está presente se registra el código 1 en ese sextante.

Calificación 2: gingivitis moderada, cuando existe la presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas

Calificación 3: periodontitis leve, presenta bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm. o más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.

---

<sup>17</sup> <http://www.sdpt.net/PER/cptin1.htm>

Calificación 4: periodontitis avanzada, se observa la presencia de una bolsa patológica de 5,5 mm. o más (el área negra de la sonda no se ve).

Se debe adjuntar un asterisco (\*) junto al número de calificación, si en el sextante hubiera movilidad dentaria patológica, compromiso de furca, alteración mucogingival o recesión gingival mayor a 3.5 mm.

## CAPITULO III

### APIÑAMIENTO DENTAL

#### 1. Generalidades

El apiñamiento dental es una de las alteraciones en la posición de los dientes más frecuentes en la población, “presentándose tanto en la región anterior como posterior, superior o inferior. A esto se le llama disrelación dentoósea o discrepancia dentoesqueletal”<sup>18</sup>.

“Este apiñamiento se produce porque existe una diferencia entre el tamaño de los dientes y el espacio que hace falta para que estén alineados. Esto conlleva a veces a que los dientes no salgan a la boca y se queden dentro del hueso, otras en cambio los dientes sí salen pero quedan solapados entre sí.

#### 2. Etiología

El apiñamiento resulta de la actuación conjunta de varias circunstancias que se dan durante el desarrollo de los dientes.

---

<sup>18</sup> ESEQUIEL E. Rodríguez, Ortodoncia Contemporánea Diagnostico y Tratamiento. 2da Edición 2008. Cap. 14.

Por una parte influye la herencia genética aunque en un elevado porcentaje la causa radica en otros factores independientes del desarrollo de cada persona. Cabe decir que el apiñamiento es más frecuente en las sociedades desarrolladas y que aumenta con la edad.

Los dientes tienden a apiñarse en la zona anterior de la boca porque existe una tendencia de estos a irse hacia delante como resultado de un conjunto de fuerzas”<sup>19</sup>.

### **3. Clasificación**

- a. De acuerdo a la causa que lo produce.

Apiñamiento Primario.- Éste se debe a la influencia del factor genético. Así, cuando los padres han tenido los dientes apiñados, es frecuente que los hijos también los tengan.

El factor genético, aunque se conoce desde hace tiempo, no ha sido bien aclarado. Se pensaba que el niño podía heredar los huesos pequeños de la madre y los dientes grandes del padre; pero en la actualidad se tiende a creer que el apiñamiento es la suma de la interacción de genes, en la herencia del volumen de los maxilares y de los dientes.

Por otra parte también influye la dieta de las personas, ya que las comidas blandas hacen que los músculos no se ejerciten lo suficiente y por tanto los huesos tampoco.

---

<sup>19</sup> [http://www.saludalia.com/Saludalia/web\\_saludalia/vivir\\_sano/doc/higiene/doc/dientes\\_apinados.htm](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/dientes_apinados.htm)

Apiñamiento Secundario.- Es el que se produce por alteraciones que se dan en la boca que actúan sobre los dientes y consiguen recortar el espacio del que se dispone para que queden normalmente alineados.

Estas alteraciones, que podemos prevenir, son por ejemplo la presencia de hábitos como chuparse el dedo, interponer el labio inferior entre los dientes de arriba y los de abajo o respirar por la boca. Esto produce un desequilibrio entre los músculos de la lengua, mejillas y labios que repercute en la posición de los dientes. Además la pérdida prematura de los dientes temporales disminuye espacio para la salida de los dientes permanentes.

Apiñamiento Terciario.- Es el que se produce en la última fase de crecimiento maxilar. Su origen se atribuye a dos posibles causas; la presencia del tercer molar y el crecimiento de la mandíbula que coinciden con la aparición del apiñamiento.

b. De acuerdo a la cantidad de apiñamiento.



“Apiñamiento leve.- Cuando es menos de 4mm por arcada.

Apiñamiento Moderado.-De 4 a 7 mm por arcada.

Apiñamiento Severo.- Cuando es mayor de 7mm por arcada”<sup>20</sup>.

#### **4. Factores que favorecen**

“Son los factores locales, como la existencia de dientes extra, llamados supernumerarios, o dientes demasiado grandes (macrodoncia).

Por otra parte aumentan el riesgo la presencia de hábitos bucales, como respirar por la boca, chuparse el dedo o morderse el labio inferior. De este modo las fuerzas que se producen alteran la posición de los dientes y hace que se solapen o creen otro tipo de anomalía.

Además la pérdida de dientes temporales antes de la época de recambio, ya sea por caries o por traumatismos, hace que se pierda espacio si pasa un tiempo hasta la salida del diente permanente y no se toman medidas”<sup>21</sup>.

#### **5. Tratamiento**

“Frente a la problemática de falta de espacio requerido, se mencionan cinco vías de tratamiento.

---

<sup>20</sup> ESEQUIEL E. Rodríguez, Ortodoncia Contemporánea Diagnostico y Tratamiento. 2da Edición 2008. Cap. 14.

<sup>21</sup> [http://www.saludalia.com/Saludalia/web\\_saludalia/vivir\\_sano/doc/higiene/doc/dientes\\_apinados.htm](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/dientes_apinados.htm)

1. Por expansión de los arcos dentarios.
2. Por elongación (distalamiento) de los arcos dentarios.
3. Por extracción de dientes.
4. Por stripping.
5. Por combinación de una o más de las anteriores<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> ESEQUIEL E. Rodríguez, Ortodoncia Contemporánea Diagnostico y Tratamiento. 2da Edición 2008. Cap. 14.

## **CAPITULO IV**

### **HIGIENE DENTAL**

#### **1. Generalidades**

Las prácticas de higiene oral mecánica son la piedra angular de la prevención y el control de las dos enfermedades orales más prevalentes, la caries y las enfermedades periodontales. Actualmente, la higiene oral mecánica se suplementa frecuentemente con agentes químicos antibacterianos para aumentar su acción antibacteriana, pero sigue siendo imprescindible para mantener una buena salud de la cavidad oral.<sup>23</sup>

#### **2. Cepillos Dentales**

“Es el instrumento más importante para la eliminación de placa bacteriana. Los cepillos manuales convencionales consisten en cerdas de nylon agrupadas en series de haces y dispuestos en 2 a 4 filas paralelas. El diámetro de cada cerda determina su dureza, considerándose suaves las comprendidas entre 0,18 y 0,23 mm. Los extremos de las cerdas pueden ser cortados a plano o bien pulidos o redondeados. El mango y el cuello del cepillo convencional son típicamente rectos y están en un mismo plano o puede haber variaciones de los cepillos convencionales, tanto en la forma como en el tamaño del mango. El mango puede ser angulado en su cuello o caña, para facilitar un acceso más efectivo a las piezas

---

<sup>23</sup> [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2004000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2004000200006&script=sci_arttext)

posteriores tanto por vestibular como por lingual, sin necesidad de excesivas maniobras por parte del paciente.

### **3. Técnicas de Cepillado Dental**

Para limpiarse los dientes se han sugerido una importante cantidad de distintas técnicas de cepillado y cada una ha sido propuesta por sus ventajas. Es importante recordar que es la minuciosidad del cepillado, más que el método, el punto más importante. Si se realizan con suficiente cuidado, la mayoría de los métodos de cepillado comúnmente usados logran los resultados que deseen.

No obstante, en algunos casos es necesario recomendar técnicas especiales debido a problemas de alineación dentaria, dientes ausentes, nivel de inteligencia, cooperación y destreza manual de los pacientes. En algunos casos está indicada la combinación de más de un método.

#### **a. Técnica de Fones**

Los dientes son mantenidos en oclusión y el cepillo se presiona vigorosamente sobre dientes y encías, haciendo círculos tan grandes como sea posible.

#### **b. Técnica de Charter**

La técnica de Charter originalmente descrita para hacer masaje gingival requiere cepillos semiduros. En la actualidad se puede llevar a cabo con cepillos blandos en las

etapas iniciales posquirúrgicas. Se coloca el cepilló" en ángulo de 45° con las puntas de las cerdas hacía oclusal y se realizan movimientos rotatorios pequeños.

c. Técnica de Bass

Para los pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos (bolsas), se recomienda la técnica de Bass (cepillado intracrevicular). Con esta técnica, se coloca el cepillo de manera tal que las cerdas estén en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal de los dientes. Se ejerce presión vibratoria suave en el eje mayor de las cerdas, forzando los extremos de las cerdas para que penetren en los surcos gingivales, vestibulares y en proximales; se hacen movimientos transversales sin desalojar las cerdas, luego se retira el cepillo y se pasa a otra zona.

Para las caras vestibulares de todos los dientes y las linguales de los premolares y molares, el mango del cepillo debe mantenerse horizontal y paralelo al arco dental. Para las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores, se sostiene verticalmente el cepillo, y se insertan las cerdas de un extremo de la cabeza del cepillo de dientes en el espacio crevicular. En ambos casos, los movimientos vibratorios son anteroposteriores. Las caras oclusales se cepillan por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás.

d. Técnica de Stillman Modificado

Se coloca las cerdas mirando hacia apical contra la encía adherida, se presiona ligeramente buscando una angulación de 45 grados, se hace presión moderada, de

manera que se aprecie un poco de isquemia en el tejido gingival y luego se hacen pequeños movimientos hacia adelante y hacia atrás, desplazando el cepillo en sentido coronal a lo largo de la encía adherida, barriendo el margen gingival y la superficie cervical del diente. Se va haciendo movimientos superpuestos hasta limpiar todas las zonas de la boca. El procedimiento se repite por vestibular y lingual y luego se cepillan las superficies oclusales. Con esta técnica se utiliza la parte lateral de la cerda y no la punta.

Éste método está indicado en paciente con retracción gingival progresiva y con exposición de la superficie radicular con el propósito de detener el progreso de atrofia gingival”<sup>24</sup>.

#### **4. Limpieza Interdental**

“Hay otro método de higiene bucal es el uso del hilo dental que es muy eficaz para limpiar las superficies dentarias proximales, su objetivo es eliminar la placa dentobacteriana, no la de remover los restos de alimentos acunados entre los dientes y retenidos en la encía”<sup>25</sup>.

Cerda Dental (Hilo Dental).- “Es un hilo especial de ceda formado por varios filamentos, las cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.

---

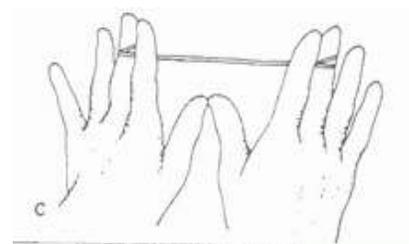
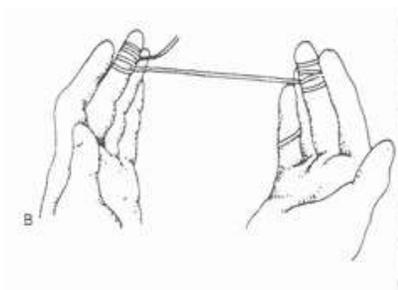
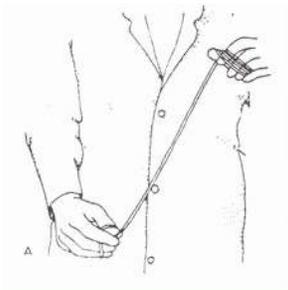
<sup>24</sup> BENJAMIN Herazo Acuña. Higiene Bucodental y Cepillos Dentales. Cap. 3. Págs. 45-76. Año 1990.

<sup>25</sup> [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572011000100006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572011000100006&script=sci_arttext) (año 2011)

Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona.

Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60 cm se enrolla alrededor del dedo medio de una mano pero se deja suficiente hilo para sostenerlo firme con el dedo medio de la otra mano.

Conforme se va utilizando el hilo, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental, también es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 mm de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos. El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de cierra o de vaivén en sentido vestibulo lingual a continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares o con un pulgar y el índice en los dientes inferiores con los índices<sup>26</sup>.



<sup>26</sup> <http://www.monografias.com/trabajos55/higiene-de-boca/higiene-de-boca2.shtml>

## **5. Cepillado de la Lengua**

“La limpieza de la lengua, realizada de una manera cuidadosa y efectiva, debe formar parte de la rutina diaria de higiene bucal. Las medidas para limpiar la superficie lingual suelen ser más efectivas para reducir las concentraciones de compuestos sulfúricos volátiles a niveles aceptables.

Se recomienda realizar la limpieza de la superficie dorsal de la lengua llevando a cabo esta secuencia:

1. Sacar la lengua tanto como sea posible para localizar acumulaciones de residuos.
2. Colocar el limpiador lingual lo más posterior posible de acuerdo con la forma de la superficie, aplicar presión y deslizarlo hacia delante.
3. Lavar el limpiador lingual con abundante agua hasta eliminar todos los residuos.
4. Repetir la operación hasta no desprender residuos de la superficie.
5. Lavar y secar el limpiador cuando concluya la operación.

Según la anatomía de la superficie de la lengua, algunas personas acumularán pocos o no acumularán residuos, estas personas requieren poca o ninguna limpieza lingual; mientras otras personas acumulan grandes cantidades de residuos, por lo cual necesitarán realizar este procedimiento varias veces al día. Algunas personas es incomodo el cepillado de la lengua debido a tener un reflejo nauseabundo, es por ello que recomiendan que para prevenir el reflejo nauseoso durante la limpieza de la lengua, que el paciente debe sacarla

tanto como pueda y contener la respiración momentáneamente. El cepillado lingual se debe realizar antes del cepillado dental, debido a que el sabor a menta de los dentífricos sensibiliza la bucofaringe y aumenta el reflejo nauseoso”<sup>27</sup>.

## **6. Dentríficos**

“Los dentífricos son conocidos como pastas de dientes y desde antaño se han usado para contribuir a la limpieza de los dientes.

Hasta hace pocos años, de los dentífricos, el efecto cosmético era el más considerado, pero los avances tecnológicos ha hecho que en ellos se incluyan sustancias con efectos terapéuticos. Por ello, hoy en día existen en el mercado gran cantidad de dentífricos con efectos diversos sobre las piezas dentarias y las encías”<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000300017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000300017&script=sci_arttext) (año 2006)

<sup>28</sup> <http://www.odontocat.com/dentcolca.htm>

# **MATERIALES Y MÉTODOS**

## **METODOLOGÍA**

La presente investigación es un estudio descriptivo, observacional, que consiste en describir y evaluar características que nos permitieron determinar la presencia de enfermedades periodontales causadas por la presencia del apiñamiento dental asociado a factores socio-económicos, en el Colegio “Hernán Gallardo Moscoso”, de la Ciudad de Loja.

El universo para la presente investigación estuvo conformado por todos los educandos del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”, es decir un total de 130 alumnos.

Mientras que la muestra estuvo constituida por 73 educandos del Colegio “Hernán Gallardo Moscoso”, comprendidos entre las edades de 12 a 15 años entre hombres y mujeres en quienes se detectó apiñamiento dental.

## **TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

**Observación Directa.-** Se realizó un diagnóstico de la cavidad bucal para determinar cuántos y quiénes tienen apiñamiento dental y de estos los que presentan enfermedad periodontal.

Para el diagnóstico de apiñamiento dental se tomó impresiones de estudio en los que se diagnosticó el grado de apiñamiento dental según el autor Esequiel E. Rodríguez, y se

clasificó de acuerdo a la cantidad del mismo en: apiñamiento leve menos de 4mm, moderado de 4 a 7 mm, severo mayor de 7mm por arcada, presentes en los estudiantes del Colegio “Hernán Gallardo Moscoso”.

Para el diagnóstico periodontal se tomó en cuenta el índice de enfermedad periodontal, PSR, Periodontal Scree Record (Sistema de Detección y Registro Periodontal), dividiendo las arcadas dentarias en sextantes, en la cual la sonda debe insertarse suavemente con una presión de 20 a 25 gramos, paralela al eje vertical del diente, para luego deslizarla en circunferencia alrededor de cada superficie del diente, para detectar su configuración y áreas de penetración más profundas”. Este diagnóstico se registró en la historia clínica periodontal.

La valoración de enfermedad periodontal que se tomó en cuenta fue:

**“Calificación 0:** Salud Gingival óptimo (no supera los 3.5mm) cuando los tejidos periodontales estén sanos.

**Calificación 1:** Gingivitis Leve (inferior a 3.5mm) presenta sangramiento observado hasta 30 segundos después del sondaje, si no hay bolsa o tártaro, pero el sangramiento está presente se registra el código 1 en ese sextante.

**Calificación 2:** Gingivitis Moderada (profundo hasta 3.5mm) cuando existe la presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas.

**Calificación 3:** Periodontitis Leve, presenta bolsa patológica de 3.5 a 5.5 mm., el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.

**Calificación 4:** periodontitis avanzada, se observa la presencia de una bolsa patológica de 5,5 mm. o más (el área negra de la sonda no se ve).

Se adjuntó un asterisco (\*) junto al número de calificación, sí en el sextante hubiera movilidad dentaria patológica, compromiso de furca, alteración mucogingival o recesión gingival mayor a 3.5 mm.

También se tomó en cuenta:

La extensión de la enfermedad, localizada, cuando es menor o igual al 30% de los sitios comprometidos y generalizada, cuando es mayor al 30% de los sitios comprometidos.”<sup>29</sup>.

Se realizó un control de placa bacteriana y se observó la presencia del color, consistencia, contorno de la encía, presencia de cálculo sub o supra gingival.

Se aplicó un instrumento como encuesta y se conoció los métodos y utensilios que utilizan para su higiene bucal y el estado socio económico de los estudiantes.

---

<sup>29</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/PSR\\_%28Odontolog%C3%ADa%29](http://es.wikipedia.org/wiki/PSR_%28Odontolog%C3%ADa%29)

## **1. ESTRATEGIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Se llevaron a efecto las siguientes etapas:

**PRIMERA ETAPA:** Se presentó una solicitud oficial dirigida al Rector del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”, y se solicitó el permiso correspondiente, el tiempo y espacio para el desarrollo de las acciones efectuadas en la investigación, luego hubo el acercamiento a los alumnos que fueron atendidos en varias reuniones.

### **SEGUNDA ETAPA: ACCIÓN DE CAMPO**

Se realizó el examen buco-dental individualmente a todos los estudiantes, mediante el uso de los siguientes instrumentos: un set de diagnóstico conformado por espejo bucal, explorador y pinza algodонера; además el uso de una sonda periodontal y los datos se anotarán en la historia clínica odontológica de la U.N.L.

Se tomó impresiones a los estudiantes que presentaron apiñamiento dental utilizando: pasta sinquenólica, yeso piedra, cubetas superiores e inferiores, tazón de caucho y espátula.

Se realizó charlas de prevención y motivación, en grupo, a todos los estudiantes, coordinando previamente con el Señor Rector de la Institución en la cual se realizó la investigación para evitar que abandonen sus actividades académicas.

Al final de la investigación se realizó la entrega de los resultados a los directivos del colegio, entrega de un manual de buenas prácticas de limpieza bucal y un extensivo agradecimiento a la institución.

## **2. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

La tabulación y resultados de datos se lo hizo mediante el uso del programa informático Excel.

## **3. RECURSOS**

Los recursos utilizados para esta investigación fueron:

Humanos.

Recursos institucionales

Recursos económicos

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

### CUADRO # 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”

	12 años	13 años	14 años	15 años	Total	Total %
<b>Hombres</b>	9	12	13	8	42	57,53%
<b>Mujeres</b>	7	8	8	8	31	42,47%
<b>Total</b>	16	20	21	16	73	100%

**Fuente:** Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

**Elaboración:** La Autora.

En el presente cuadro podemos observar que nuestra muestra de investigación está conformada por un 57,53% de adolescentes varones siendo este el mayor porcentaje de adolescentes en relación al 42,47 % de las mujeres, cuyas edades oscilan entre los 12 y 15 años.

### CUADRO # 2

APIÑAMIENTO EN EL MAXILAR SUPERIOR DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H NoM	LEVE				MODERADO				SEVERO			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
12	<b>9/7</b>	1	2.3%	2	6.5%	0	0%	3	9.7%	0	0%	0	0%
13	<b>12/8</b>	4	9.5%	1	3.2%	0	0%	3	9.7%	1	2.3%	1	3.2%
14	<b>13/8</b>	4	9.5%	1	3.2%	0	0%	1	3.2%	0	0%	0	0%
15	<b>8/8</b>	2	4.8%	0	0%	1	2.3%	1	3.2%	2	4.7%	2	6.4%
<b>Total</b>	<b>42/31</b>	11	26.1%	4	12.9%	1	2.3%	8	25.8%	3	7.1%	3	9.6%

**Fuente:** Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

**Elaboración:** La Autora.

De los 42 jóvenes adolescentes 15 de ellos presentan apiñamiento en el maxilar superior, de ellos la mayoría (11 alumnos), con un 26.1% presentan apiñamiento leve predominando las edades de 13 y 14 años con un 9.5%. Siendo diferente en las señoritas, ya que de las 31 alumnas que fueron atendidas, 15 de ellas presentan apiñamiento en el maxilar superior, 8 presentan apiñamiento moderado con un 25.8%, predominando las edades de 12 y 13 años.

### CUADRO # 3

APIÑAMIENTO EN EL MAXILAR INFERIOR DE LOS/LAS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H No M	LEVE				MODERADO				SEVERO			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
12	9/7	1	2.3%	2	6.4%	3	7.1%	0	0%	2	4.8%	1	3.2%
13	12/8	2	4.7%	2	6.4%	3	7.1%	1	3.2%	1	2.3%	1	3.2%
14	13/8	0	0%	2	6.4%	4	9.5%	0	0%	0	0%	0	0%
15	8/8	3	7.2%	0	0%	2	4.8%	1	3.2%	0	0%	0	0%
TOTAL	42/31	6	14.2%	6	19.3%	12	28.5%	2	6.4%	3	7.1%	2	6.4%

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

Mediante el presente cuadro podemos observar que de los 42 jóvenes, 21 presentan apiñamiento en el maxilar inferior, siendo el mayor número los de apiñamiento moderado con un 28.5%, predominando la edad de 14 años (9.5%). De las 31 señoritas, 10 presentan apiñamiento en el maxilar inferior, el 19.3% (6) tienen apiñamiento leve predominando las edades de 12, 13 y 14 años.

#### CUADRO # 4

APIÑAMIENTO BIMAXILAR DE LOS/LAS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H No M	LEVE				MODERADO				SEVERO			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Mujeres		Hombres	
12	9/7	3	7.2%	2	6.5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
13	12/8	4	9.5%	3	9.6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
14	13/8	4	9.5%	5	16.1%	3	7.2%	0	0%	0	0%	0	0%
15	8/8	1	2.3%	5	16.1%	1	2.3%	1	3.2%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>42/31</b>	12	28.5%	15	48.3%	4	9.5%	1	3.2%	0	0.0%	0	0%

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

De todos los jóvenes atendidos (42) pudimos observar que 16 presentan apiñamiento bimaxilar, de ellos el 28.5% presentan apiñamiento leve en un 28.5% (12 jóvenes) predominando las edades de 13 y 14 años, seguido por apiñamiento moderado con un 9.5%, especialmente en la edad de 13 años.

De las 31 señoritas atendidas 16 presentan apiñamiento bimaxilar, de ellas 48.3% tienen apiñamiento leve predominando las edades de 14(16.1%) y 15 (16.1%) años, seguido por apiñamiento moderado con un 3.2%, siendo mayor en la edad de 15 años (3.2%).

Vale aclarar que el número total de estudiantes no es coincidente con el 100% de los estudiantes que tienen apiñamiento dental debido a que se encontró diferentes alternativas de apiñamiento en los maxilares así: apiñamiento leve en uno de los maxilares sea superior o inferior, apiñamiento leve superior y moderado en el inferior, apiñamiento leve

superior y severo en el inferior, apiñamiento moderado superior y leve en el inferior, apiñamiento moderado superior y severo en el inferior, apiñamiento severo superior y leve en el inferior y por ultimo apiñamiento severo superior y moderado en el inferior.

## CUADRO # 5

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA IHO-S DE LOS/LAS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H No M	BUENO				REGULAR				MALO			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
12	9/7	4	9.5%	2	6.5%	5	12%	5	16.1%	0	0%	0	0%
13	12/8	4	9.5%	2	6.5%	8	19%	6	19.4%	0	0%	0	0%
14	13/8	2	4.8%	4	12.9%	9	21.4%	3	9.7%	2	4.8%	1	3.2%
15	8/8	1	2.3%	3	9.6%	4	9.5%	5	16.1%	3	7.1%	0	0%
<b>Total</b>	<b>42/31</b>	11	26.2%	11	35.5%	26	61.9%	19	61.3%	5	11.9%	1	3.2%

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

La higiene oral del paciente con apiñamiento dental es muy importante, pero lamentablemente no se observa en los jóvenes atendidos, puesto que la higiene bucal de los mismos en su mayoría tiene un índice de higiene oral (IHO-S) regular con el 61.9% presentándose especialmente en la edad de 14 años, lo mismo sucede en las señoritas estudiantes con un valor de 61.3%, predominando la edad de 13 años.

**CUADRO # 6**

**ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL "HERNAN GALLARDO MOSCOSO".**

Edad	No H		Buena Salud Oral		Gingivitis Leve				Gingivitis Moderada				Periodontitis Leve				Periodontitis Moderada						
	No M	No F	Localizada		Generalizada		Localizada		Generalizada		Localizada		Generalizada		Localizada		Generalizada						
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres					
12	9/7	2	5%	1	2%	1	3%	4	10%	4	12.9 %	2	5%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
13	12/8	1	2%	0	0%	3	12%	1	3%	6	14%	0	0%	2	6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
14	13/8	0	0%	1	3%	2	5%	4	15%	8	15%	3	7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
15	8/8	1	2%	4	13%	3	7%	1	3%	3	7%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	3%	0	0%
total	42/31	4	9%	7	22%	11	26%	7	22%	21	50%	13	42%	5	12%	2	6%	1	2%	1	3%	0	0%

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal "Hernán Gallardo Moscoso".  
Elaboración: La Autora.

La mala higiene oral acompañada de apinamiento dental ha llevado a que en los jóvenes varones y en las señoritas, la enfermedad predominante sea la Gingivitis Leve Generalizada, con un 50% varones (destacándose la edad de 14 años con un 19%) y un 42% mujeres (destacándose las edades de 12 y 13 años con un 12.9% en ambas), pero es muy lamentable que de los 73 jóvenes atendidos únicamente 11 de ellos y ellas presenten una muy buena salud oral, desglosándose de la siguiente forma, de los 42 varones 4 presentan buena salud oral y de las 31 mujeres 7 presentan buena salud oral.

## CUADRO # 7

CONTROL DE PLACA EN LOS/LAS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H No M	Bueno				Regular				Deficiente			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
12	9/7	1	2.4%	1	3.2%	5	11.9%	2	6.5%	3	7.1%	4	13%
13	12/8	0	0%	0	0%	4	9.5%	3	9.6%	8	19%	5	16%
14	13/8	1	2.4%	1	3.2%	2	4.7%	2	6.5%	10	23.8%	5	16%
15	8/8	0	0%	1	3.2%	1	2.4%	3	9.6%	7	16.7%	4	13%
<b>Total</b>	<b>42/31</b>	2	4.8%	3	9.6%	12	28.5%	10	32.2%	28	66.7%	18	58%

**Fuente:** Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

**Elaboración:** La Autora.

La técnica de cepillado a utilizarse es muy importante para remover en su totalidad la placa bacteriana, esto no sucede en los jóvenes adolescentes ya que el 66.7% de los adolescentes tienen un deficiente control de placa, y únicamente el 4.8% tienen un buen control de placa. Es similar la situación de las señoritas estudiantes puesto que la mayoría de ellas con un 58% tiene un control de placa deficiente y solamente el 9.6% es bueno.

## CUADRO # 8

INGRESO ECONÓMICO, MENSUAL DE LOS HOGARES DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H No M	\$ 80-264		\$ 265-449		\$ 450-634		\$ 635-819		Desconocen	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
12	9/7	2	2	4	4	1	1	2	0	0	0
13	12/8	4	4	6	2	1	2	0	0	1	0
14	13/8	6	3	4	4	1	1	2	0	0	0
15	8/8	2	4	3	1	2	3	1	0	0	0
<b>Total</b>	<b>42/31</b>	14	13	17	11	5	7	5	0	1	0

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

Los ingresos económicos en los hogares de los adolescentes se puede observar que en su mayoría va de 265 a 449 dólares en el de hombres y de 80 a 264 en el de mujeres; es decir que la mayoría únicamente su ingreso corresponde a la canasta básica del país, que corresponde a 264 dólares.

## CUADRO # 9

VIVIENDA Y VEHÍCULO DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H / No M	VIVIENDA						VEHÍCULO PROPIO			
		Propia		Arrendada		Vive con otro familiar		Si		No	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
12	9/7	7	2	1	5	1	0	5	3	4	4
13	12/8	9	7	3	0	0	1	4	0	8	8
14	13/8	8	4	5	1	0	3	5	3	8	5
15	8/8	7	5	1	2	0	1	3	2	5	6
Total	42/31	31	18	10	8	1	5	17	8	25	23

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

Podemos observar que la mayoría de los jóvenes y señoritas encuestados en sus hogares poseen vivienda propia (31 hombres, 18 mujeres), en una poca cantidad (10 hombres y 8 mujeres) viven arrendando. De igual forma la situación económica influye mucho en poseer un vehículo propio, por lo cual tenemos que la mayoría de los jóvenes (25 hombres y 23 mujeres) no poseen vehículo propio.

## CUADRO # 10

SERVICIOS BÁSICOS DE VIVIENDA DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad No Estudiantes	AGUA				Luz		Servicio Higiénico	
	Agua Potable	Entubada	Embotellada	Otra	Si	No	Si	No
12/16	10	6	0	0	16	0	16	0
13/20	20	0	0	0	20	0	20	0
14/21	17	4	0	0	21	0	21	0
15/16	13	1	1	1	16	0	16	0
<b>Total/73</b>	60	11	1	1	73	0	73	0

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

En este cuadro podemos observar que de un total de 73 adolescentes, la mayoría de ellos (60) tienen agua potable, pero todas las 73 viviendas de los jóvenes cuenta con luz y servicio higiénico, notándose que hay problema de servicio de agua ya que 11 de ellos utilizan agua entubada, debiendo ser que todos tenga agua potable, conociendo que en una ciudad como la nuestra debería tener agua potable en su totalidad.

### CUADRO # 11

GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS INTEGRANTES DE LOS HOGARES DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”

HOMBRES	Primaria	Secundaria	Superior	Ninguna	Total
Papá	22	31	7	1	61
Mamá	30	33	1	1	65
Hermanos	18	35	17	1	71

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

El cuadro número 11 muestra que los integrantes que conforman los hogares de los y las jóvenes el grado de escolaridad predominante es el de secundaria, tanto en papás, mamás y hermanos.

### CUADRO # 12

GASTOS AL MES EN ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS HOGARES DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”

Edad	No H No M	\$ 5-50		\$ 51-100		\$ 101-150		\$ 151-200		\$ 201-250		Nada		Desconocen	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
12	9/7	5	4	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1
13	12/8	6	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	5	1
14	13/8	5	3	1	1	1	0	0	0	0	0	6	2	0	2
15	8/8	2	2	0	2	1	0	0	0	0	0	4	3	1	1
Total	42/31	18	12	1	4	2	1	0	0	1	0	12	9	8	5

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

Se puede observar que de los 42 jóvenes varones, 18 de ellos presentan un gasto odontológico de 5 a 50 dólares, seguido por 12 jóvenes que no gastan nada, debido a que donde acuden es gratuito o por falta de recursos económicos. Y de las 31 señoritas atendidas, 12 tienen un gasto odontológico de 5 a 50 dólares, seguido por 9 señoritas que no gastan nada, debido a que donde acuden es gratuito o por falta de recursos económicos.

### CUADRO # 13

CEPILLADO DIARIO DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H No M	1 Vez		2 Veces		3 Veces		Ninguna									
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer								
12	9/7	0	0%	2	6.4%	2	4.7%	1	3.2%	7	16.7%	4	12.9%	0	0%	0	0%
13	12/8	0	0%	0	0%	7	16.7%	3	9.6%	5	11.9%	5	16.1%	0	0%	0	0%
14	13/8	1	2%	0	0%	6	14.3%	2	6.4%	6	14.3%	6	19.3%	0	0%	0	0%
15	8/8	0	0%	0	0%	3	7.1%	4	12.9%	5	11.9%	4	12.9%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>42/31</b>	1	2%	2	6.4%	18	42.8%	10	32.2%	23	54.8%	19	61.2%	0	0%	0	0%

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

Mediante este cuadro podemos decir que la mayoría de los jóvenes y señoritas se cepilla sus dientes 3 veces al día, con un 54.8% hombres y 61.2% mujeres, y en un bajo porcentaje de 2% hombres y 6.4% mujeres, se cepillan 1 sola vez.

## CUADRO # 14

UTENSILIOS PARA EL ASEO BUCODENTAL DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad No Estudiantes	Cepillo		Pasta Dental		Jabón		Hilo Dental		Enjuague Bucal		Bicarbo_ nato		Otros	
	12/16	16	22%	15	20%	1	1.3%	4	5%	6	9%	0	0%	0
13/20	20	27%	20	27%	0	0%	4	5%	6	9	1	1.3%	0	0%
14/21	21	29%	20	27%	1	1.3%	8	11%	15	20%	2	2.7%	1	1.3%
15/16	16	22%	15	20%	1	1.3%	6	9%	7	9%	0	0%	1	1.3%
<b>Total/73</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>95%</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>22</b>	<b>30%</b>	<b>34</b>	<b>47%</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>	<b>2</b>	<b>2.6</b>

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

Se puede observar que los jóvenes y las señoritas que utilizan cepillo y pasta dental son en un alto porcentaje (100% cepillo dental, 95% pasta dental) y de los 73 adolescentes solamente el 34 (47%) utilizan todos los utensilios de higiene oral (pasta dental, jabón, hilo dental, enjuague bucal).

### CUADRO # 15

CONOCIMIENTO DE LAS TECNICAS DE CEPILLADO DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad No Estudiantes	Si		No		Total
12/16	0		16		22%
13/20	0		20		27.3%
14/21	0		21		28.7%
15/16	0		16		22%
<b>Total/73</b>	0	0.0%	73	100%	100%

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

En este cuadro se puede observar que en su totalidad de un 100% de los/las jóvenes adolescentes no conocen ninguna técnica de cepillado.

### CUADRO # 16

LUGAR AL QUE ACUDEN PARA MEJORAR SUS PATOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS LOS/LAS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad No Estudiante:	Farmacia		Odontólogo		Remedio Casero	
12/16	4		10		2	
13/20	3		11		6	
14/21	5		12		4	
15/16	4		9		3	
<b>Total/73</b>	16	22%	42	57.5%	15	20.5%

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

A criterio de los jóvenes y señoritas en un 57.5% manifiestan que al presentar alguna dolencia en su dentadura, acuden siempre al odontólogo, el 22% acuden a una farmacia y en un 20.5% tratan de aliviar sus dolencias con remedios caseros.

### CUADRO # 17

TRATAMIENTO ORTODONCICO DE LOS/LAS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H No M	CON TRATAMIENTO ORT.				SIN TRATAMIENTO ORT.			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
12	9/7	1	11.11%	0	0%	8	88.89%	7	100%
13	12/8	0	0%	1	12.5%	12	100%	7	87.5%
14	13/8	0	0%	0	0%	13	100%	8	25.80%
15	8/8	1	12.5%	0	0%	7	87.5%	8	25.80%
<b>Total</b>	<b>42/31</b>	<b>2</b>	<b>4.76%</b>	<b>1</b>	<b>3.24%</b>	<b>40</b>	<b>95.24%</b>	<b>30</b>	<b>96.76%</b>

Fuente: Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

Elaboración: La Autora.

De lo tabulado se puede decir que de los 42 jóvenes varones solo 2 de ellos (4.76%) reciben tratamiento ortodóncico y de las 31 señoritas únicamente 1 (3.24%) se encuentran recibiendo tratamiento ortodóncico, frente a un 95.2% varones y un 96.76% mujeres que no reciben tratamiento ortodóncico.

## CUADRO # 18

VISITAS AL ODONTOLOGO DE LOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL “HERNÁN GALLARDO MOSCOSO”.

Edad	No H No M	1 Vez				2 Veces				3 Veces				Ninguna			
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
12	9/7	1	11%	4	57%	2	22%	3	42%	5	55%	0	0%	1	11%	0	0%
13	12/8	2	16%	3	37%	5	41%	4	50%	4	33%	0	0%	1	8%	1	12%
14	13/8	3	23%	2	25%	3	23%	5	62%	3	23%	1	12%	4	30%	0	0%
15	8/8	0	0%	2	25%	2	25%	3	37%	3	37%	2	25%	3	37%	1	12%
Total	42/31	6	14%	11	35%	12	28%	15	48%	15	35%	3	9%	9	21%	2	6%

**Fuente:** Adolescentes del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.

**Elaboración:** La Autora.

En este cuadro podemos observar que de los 42 varones la mayoría (15) visitan 3 veces al año al odontólogo, siendo esto lo ideal siempre y cuando sea únicamente para control, pero lo realizan para atención odontológica por sus dolencias; y de las 31 mujeres la mayoría (15) acuden 2 veces al año al odontólogo, de igual manera para curar sus dolencias.

# **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La mala posición de las piezas dentales impide una excelente higiene oral, provocando la presencia de enfermedades periodontales causando daño en los dientes, las encías y el hueso que rodea a los dientes. La mayoría de la gente sufre de enfermedad periodontal sin saberlo, puesto que en general no es dolorosa, especialmente en las etapas iniciales y uno de los principales causales para adquirir la enfermedad es el apiñamiento dental entre otros.

Nuestra investigación estuvo orientada, justamente, a determinar el grado de enfermedad periodontal por apiñamiento en los educandos comprendidos entre los 12 y 15 años, ellos pertenecientes al Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”, constituido por una muestra de 73 estudiantes, 57,53% de hombres y el 42,47% por mujeres.

De todos los hombres atendidos (42) pudimos observar que 16 presentan apiñamiento bimaxilar, de ellos el 28.5%(la mayoría) presentan apiñamiento leve (12 jóvenes) especialmente en las edades de 13 y 14 años, apiñamiento moderado encontramos en 4 estudiantes que corresponden al 9.5% en la edad de 14 años.

De las 31 señoritas atendidas 16 presentan apiñamiento bimaxilar, de ellas 48.3% tienen apiñamiento leve especialmente en las edades de 14 y 15 años y apiñamiento moderado, solamente una lo presenta, representando el 3.2% que corresponde a la edad de 15 años.

Es importante que las personas con Apiñamiento Dental deban mantener una buena Higiene Bucal pero lamentablemente no se observa esto en los jóvenes atendidos, puesto que la higiene bucal de los mismos en su mayoría tiene un Índice de Higiene Oral (IHO-S) regular con el 61.9% especialmente en la edad de 14 años, lo mismo sucede en las señoritas estudiantes con un valor de 61.3% especialmente en la edad de 13 años.

El estado socio económico influye en gran parte en la mantención de una buena salud bucodental evidenciándose en la presente investigación al conocer diferentes aspectos como el ingreso económico, vivienda, servicios básicos, y formas y métodos para la higiene oral determinando lo siguiente.

El apiñamiento dental acompañado de la mala higiene oral a determinado que en los jóvenes varones y mujeres, la enfermedad predominante sea la gingivitis leve generalizada, con un 50% varones (destacándose en los de 14 años) y 42% mujeres (destacándose en las de 12 y 13 años), pero es determinante algo importante que de 73 jóvenes atendidos únicamente 11 de ellos y ellas presenten una muy buena salud oral; es decir muy pocos tienen preocupación de su Salud Buco Dental.

De esta población podemos decir que los hogares de los adolescentes cuentan con un ingreso económico que van desde 265 a 449 dólares en hombres y de 80 a 264 en mujeres, mientras que los demás ligeramente superan este ingreso. Por lo que podemos decir que sus hogares tienen grandes limitaciones económicas, que si bien están aliviados por que cuentan con vivienda propia (31 hombres, 18 mujeres) y en un 100% cuentan con servicios

básicos no es menos cierto que esos ingresos cubran los gastos de la canasta básica familiar, peor aún pueden solventar las atenciones odontológicas que particularmente son de costos altos.

Visitan al odontólogo en ocasiones extremas sea por dolencias o patologías bucales, lo que nos hace lamentar es la nula salud preventiva que en salud oral debe existir por lo menos cada 6 meses para mantener una buena salud oral y mejorar la estética, por que lamentablemente la placa bacteriana acumulada en los dientes, se va formando constantemente debido a la mala posición de sus piezas dentales, es de difícil observación, se debe retirar diariamente a fin de evitar que se convierta en cálculo y que para retirarlo se necesite de ayuda profesional.

Estos antecedentes no nos permiten esperar resultados nada alentadores, como efectivamente esta investigación ha detectado. En lo referente a salud bucal que es nuestro interés destacar, los atendidos en un 100% poseen cepillo dental, 95% hacen su limpieza bucal con pasta y 3 % (mujeres) restantes lo hacen con jabón. Como es de colegir, ninguno de ellos conoce de alguna técnica de cepillado, y como hemos venido sosteniendo la enfermedad periodontal en la mayoría de las veces es imperceptible, los alumnos motivo de nuestra investigación, solo el 4%(hombres), 3% (mujeres) recibe tratamiento ortodóncico y el restante, 95% (hombres) y 96% (mujeres) no recibe tratamiento; si asiste al odontólogo, es estrictamente por dolencias, lo que nos hace registrar un elevado número de adolescentes con problemas dentales.

De lo registrado podemos fácilmente decir que efectivamente existe una relación directa entre el estado socioeconómico y el grado de enfermedad periodontal así también como la falta de conocimiento acerca de las técnicas de cepillado dental y de los utensilios necesarios para una buena higiene oral, es por ello que se hace imperativo el proporcionar en primera instancia un manual de buenas prácticas orales así como el de concienciar, como lo hicimos con la enfermedad periodontal, al indicarles mediante charlas los resultados que con lleva esta enfermedad (como es pérdida de las piezas dentales) y todas las formas que podemos utilizar para prevenir, de igual manera se les incentivó a realizarse un tratamiento odontológico para mejorar su cavidad oral.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

La mala ubicación de las piezas dentales (Apiñamiento Dental) ha dado lugar a que los 73 alumnos presenten apiñamiento dental en diferentes grados siendo los más frecuentes:

Maxilar Superior: apiñamiento leve en el varones 26.1%, mujeres 12.9%.

Maxilar Inferior: apiñamiento moderado varones 28.5%, apiñamiento leve mujeres 19.3%.

Bimaxilar: apiñamiento leve varones 28.5%, mujeres 48.3.

La mala higiene oral acompañada de apiñamiento dental ha llevado a que los jóvenes varones presenten en su gran mayoría Gingivitis Leve Generalizada con un 50% varones (destacándose la edad de 13 años con un 19%), seguida de Gingivitis Leve Localizada con un 26%.

En el caso de las señoritas el apiñamiento dental detectado, presenta en su gran mayoría Gingivitis Leve Generalizada con un 42%; seguida de la Gingivitis Leve Localizada con un 22%, Gingivitis Moderada Localizada con un 6%, y Generalizada con un 3% y la presencia de Periodontitis Leve Localizada con un 3%.

Finalmente concluimos que de 42 alumnos varones es triste que únicamente el 4 (9.6%) tienen una buena Salud Oral. Y que de 31 alumnas solo 7 (22%) tienen una buena Salud Oral.

Lamentablemente la placa bacteriana acumulada en los dientes, bacterias que se forman constantemente en los dientes, de difícil observación, se debe retirar diariamente antes de que se presente el tártaro. Varios de los jóvenes y señoritas presentan mal aliento persistente, sangrado de las encías al cepillarse o al utilizar hilo dental, movilidad dental grado uno, encías retraídas, entre otros síntomas de advertencia.

Los adolescentes aquí investigados, presentan un alto grado de enfermedad Periodontal, agravado principalmente por apiñamiento, mismo que complica su cuadro, y a ello se suma el descuido de su higiene bucal.

La técnica de cepillado a utilizarse es muy importante para remover en su totalidad la placa bacteriana, esto no sucede en los jóvenes adolescentes aquí investigados, ya que el 66.7% de los adolescentes tienen un deficiente control de placa, y únicamente el 4.8% tienen un buen control de placa. Es similar la situación de las señoritas estudiantes puesto que la mayoría de ellas con un 58% tiene un control de placa deficiente y solamente el 9.6% es bueno.

El nivel socio-económico bajo, lamentablemente golpea a los miembros que conforman el hogar en puntos muy sensibles como es la vivienda y la salud. Efectivamente como es de esperar en familias como las aquí investigadas, los ingresos económicos son destinados principalmente a cubrir gastos de alimentación y de vivienda, aunque muchos de ellos cuentan con vivienda propia. Por falta de recursos en la mayoría de los casos, y por

desconocimiento en otros, no reciben un tratamiento elemental como es el visitar al odontólogo por lo menos una vez al año, y solo se lo haga cuando es demasiado tarde.

## **RECOMENDACIONES**

## RECOMENDACIONES

Luego de haber conocido los resultados de esta investigación nos permitimos sugerir estas recomendaciones:

1. A los Miembros que conforman el Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso” para que colaboren con la difusión a los padres de familia de los adolescentes, acerca de los resultados de esta investigación en la misma que se observó la problemática que conlleva a tener enfermedad buco dental y mediante un pequeño esfuerzo de los padres de familia logren obtener todos los utensilios necesarios para que sus hijos tengan buena higiene dental.
2. A todos los jóvenes de la distinguida Institución recomendarles que siempre tengan presente los conocimientos indicados en el Manual entregado de Educación Buco Dental y principalmente que lo pongan en práctica.
3. Al Ministerio de Salud Pública que tome en cuenta el número de estudiantes de este Colegio y se implemente un profesional Odontólogo para lograr mejora en la Salud Buco Dental de los educandos del Colegio Fiscal “Hernán Gallardo Moscoso”.
4. A las autoridades de la Carrera de Odontología de nuestra Universidad Nacional de Loja, programen jornadas de promoción de Salud Buco Dental y prevención de las enfermedades Buco Dentales en este y otros colegios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Carranza, COMPENDIO DE PERIODONCIA. Cap11. Pág. 111-113.
2. Carranza, PERIODONCIA DE CLÍNICA, 7ma Edición. Cap. 8. Págs. 112-115.
3. Gencor Goldman Cohen, PERIODONCIA. 1ra. Edición México D.F. CAP I. PAG 3-31.
4. Paulo Sergio Gómez, ESTETICA EN PERIODONCIA Y ESTETICA PERIODONTAL. 1ra Ed. 2006. Cap. 1. Págs. 3-4.
5. CARRANZA F, A. Periodontología de Clickman. Cap. 10, 14
6. Esequiel E. Rodríguez, ORTODONCIA CONTEMPORÁNEA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. 2da Edición 2008. Cap. 14. Pags. 409-411.
7. BRAND I. mecanismo de Defensa de la Encía. Cap. pág. 18-43.
8. Enrico G. Bartolucci, ATLAS DE PERIODONCIA, 2007 Editorial Ripano, España.
9. BENJAMIN Herazo Acuña. Higiene Bucodental y Cepillos Dentales. Cap. 3. Págs. 45-76. Año 1990.
10. GUÍA DE ESTUDIO DEL MODULO 2009-2010
11. WEB
  - Profesores en Línea.com. SALUD Y ENFERMEDAD. Disponible en:  
<http://www.profesorenlinea.cl/Ciencias/SaludyEnfermedad.htm>.
  - Saluddalia.com. APIÑAMIENTO DENTAL. Disponible en:  
[http://www.saludalia.com/Saludalia/web\\_saludalia/vivir\\_sano/doc/higiene/doc/dientes\\_apinados.htm](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/dientes_apinados.htm)

- Observatorio de la Economía Latinoamericana. SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>
- American Academy of Periodontology. ENFERMEDAD PERIODONTAL. Disponible en: <http://www.perio.org/consumer/mbc.sp.perio.htm>
- Especialistas en Periodoncia de la Universidad Mayor de Chile. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL. Disponible en: [http://www.webodontologica.com/odon\\_arti\\_act\\_enf\\_period.asp](http://www.webodontologica.com/odon_arti_act_enf_period.asp)
- Enciclopedia Libre. PSR (ODONTOLOGÍA). Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/PSR\\_%28Odontolog%C3%ADa%29](http://es.wikipedia.org/wiki/PSR_%28Odontolog%C3%ADa%29)
- Salud Dental Para Todos. SONDAJE PERIODONTAL. Disponible en: <http://www.sdpt.net/PER/cptin1.htm>
- [odontoelite.iespana.es/clases/Periodoncia/Compilado%202007.doc](http://odontoelite.iespana.es/clases/Periodoncia/Compilado%202007.doc)
- Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica- AÑO 2008. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852008000100003&script=sci_arttext)
- Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Tema: Control de Placa e Higiene Bucodental. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2004000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2004000200006&script=sci_arttext)
- Scielo. **RELACIÓN ENTRE LA HIGIENE BUCAL Y LA GINGIVITIS EN JÓVENES.** Disponible en: <http://www.sdpt.net/PER/cptin1.htm>
- Scielo. Dra maria Eugenia Velásquez Gimón. **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS.** Disponible en:

[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000300017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000300017&script=sci_arttext)

## **ANEXOS**

# **1. HISTORIAS CLÍNICAS**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
 Área de la Salud Humana.  
 Carrera de odontología.

No. Historia clínica.....  
 Fecha:.....

**DATOS GENERALES:**

Nombres y apellidos..... C.I..... Estado civil.....  
 Fecha de nacimiento..... Edad..... Teléf.....  
 Lugar de trabajo..... Ocupación..... Domicilio.....  
 Motivo de la consulta.....

**ANTECEDENTES GENERALES (Anamnesis):**

P.A..... Pulso..... FR..... Temp.....  
 Esta Ud. en tratamiento médico..... Ha estado Ud. en tratamiento médico.....

**Datos sobre problemas de:**

Complicaciones por anestesia.....	Diabetes.....
Sistema nervioso.....	Embarazo.....
Sistema renal.....	Alergias.....
Sistema cardiovascular.....	Enfermedades infectocontagiosas.....
Alteraciones hemorrágicas.....	Hábitos.....
Otros.....	AFP.....

**EXAMEN FISICO (Extra e Intraoral)**

Piel.....	Labios.....	Ganglios linfáticos.....
Tejido muscular.....	ATM.....	Órganos de los sentidos.....
Puntos dolorosos.....	Lengua.....	Paladar.....
Piso de la boca.....	Carrillos.....	Encía.....
Glándulas salivales.....	Maxilar sup.....	Max. Inf.....
Oclusión Alveolar.....	Mal posición maxilar.....	

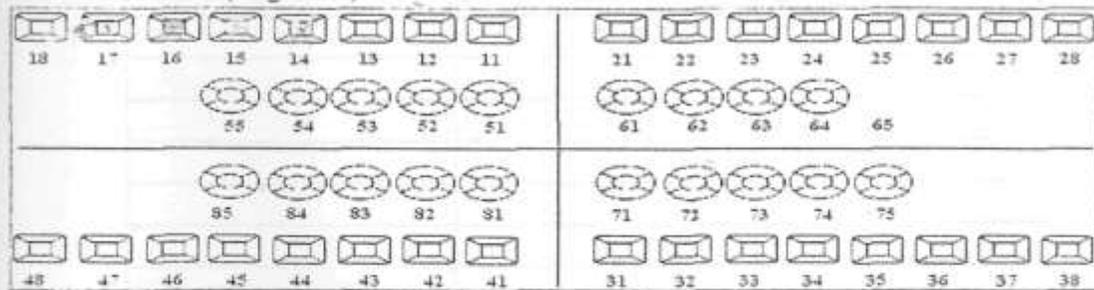
**EXAMEN DENTARIO:**

Mal formación dentarias.....  
 Desgastes.....  
 Pigmentaciones.....  
 Mal posición dentaria.....  
 Patología pulpar.....

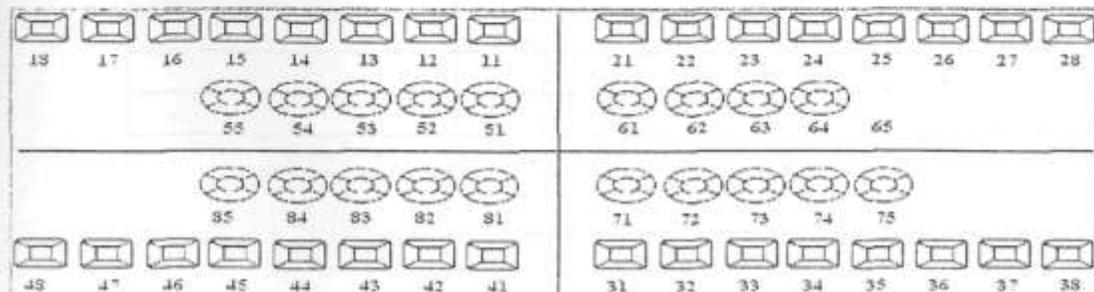
**EVALUACION PERIODONTAL:**

Placa bacteriana.....  
 Materia alba.....  
 Cálculo.....

**ODONTOGRAMA (Diagnóstico)**



**Tratamientos realizados en clínica.**





# HISTORIA CLINICA PERIODONTAL

Nombres y Apellidos.....

Sexo..... Edad.....

Fecha de Ingreso.....

## CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LA ENCIA.

Color.....

Consistencia.....

Contorno.....

Sangrado al cepillado..... Sangrado espontáneo.....

Halitosis..... Mal Gusto.....

Exudado Hemorrágico..... Exudado Purulento.....

## FACTORES ETIOLÓGICOS

*Factores Locales.* .....

### *Factores Sistémicos*

Esta en tratamiento medico. ....

Enfermedades que sospecha.....

Interconsulta médica.....

Enfermedades Controladas.....

Alergias.....

Hábitos.....

## ESTUDIO RADIOGRÁFICO

**IHO-S**

IR-S

ESCALA

RESULTADO: SUP. EXAMINADAS

0

IC-S

ESCALA

RESULTADO: SUP. EXAMINADAS

0

INTERPRETACIÓN DEL IC-S

BUENO: 0.0 - 0.6

REGULAR: 0.7 - 1.8

MALO: 1.9 - 3.0

RESULTADO IHO-S = IR-S + IC-S

2

RESULTADO DEL IHO-S

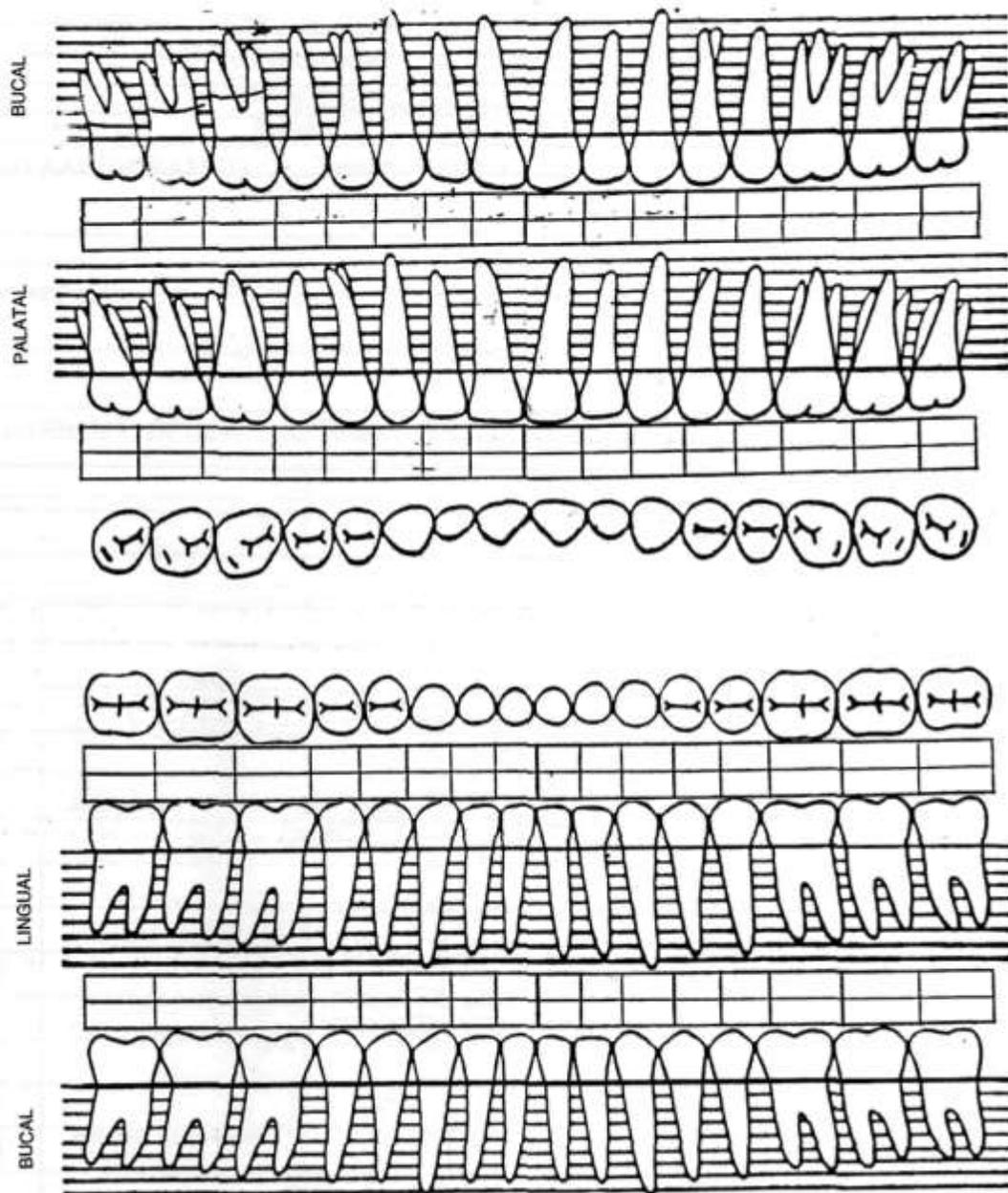
BUENO: 0.0 - 1.2

REGULAR: 1.3 - 3.0

MALO: 3.1 - 6.0

ESQUEMA PERIODÓNICO

FECHA





## **2. INSTRUMENTOS PARA ENCUESTA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**CARRERA DE ODONTOLOGIA**  
**AREA DE LA SALUD**

Estimado(a) estudiante, como parte de un proyecto de investigación estamos ejecutando la siguiente encuesta para "Determinar el Grado de Enfermedad Periodontal, por Apiñamiento Dental relacionado con el estado socio\_economico de los adolescentes de 12 a 15 años de edad del colegio fiscal "Hernán Gallardo Moscoso". Durante el periodo enero \_ junio 2011, para lo cual solicito me brinde la información necesaria y sincera, al presente cuestionario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

1.Cuál es el ingreso económico aproximado que tienen en el mes?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. La casa donde vive es?

- Propia ( )  
Arrendada ( )  
Vive con otro familiar ( )

3. La casa donde vive tiene:

- Agua potable ( )  
Entubada  
Embotellada ( )  
Otra ( )

4. La casa donde vive tiene luz eléctrica?

- Si ( ) No ( )

5. La casa donde vive tiene servicio higiénico?

- Si ( ) No ( )

6. Tienen vehículo propio?

- Si ( ) No ( )

7. Qué grado de escolaridad tienen:

	Primaria	Secundaria	Superior
Papá	( )	( )	( )
Mamá	( )	( )	( )
Hermanos	( )	( )	( )

8. Aproximadamente cuánto gasta en atención odontológica?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Cuántas veces al día cepillas sus dientes?

1 ( )  
2 ( )  
3 ( )  
Ninguna ( )

10. Qué utilizas para tu higiene oral?

Cepillo	( )	enjuague bucal	( )
Pasta	( )	bicarbonato	( )
Jabón	( )	otros	( )
Hilo dental	( )		

11. Conoces alguna técnica de cepillar tus dientes?

Si ( ) No ( )

Cual \_\_\_\_\_

12. Al sentir dolor en tus piezas dentales, a dónde acudes?

Farmacia ( )  
Odontólogo ( )  
Remedio casero ( )

13. Está en tratamiento ortodóncico?

Si ( ) No ( )

Si su respuesta es NO, especifique por qué? \_\_\_\_\_

14. Cuántas veces al año visitas al odontólogo?

1 ( )

2 ( )

3 ( )

Ninguna ( )

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

**3. FOTOGRAFÍAS  
DE  
MODELOS DE ESTUDIO  
ENFERMEDAD PERIODONTAL  
Y  
APIÑAMIENTO**

MODELOS



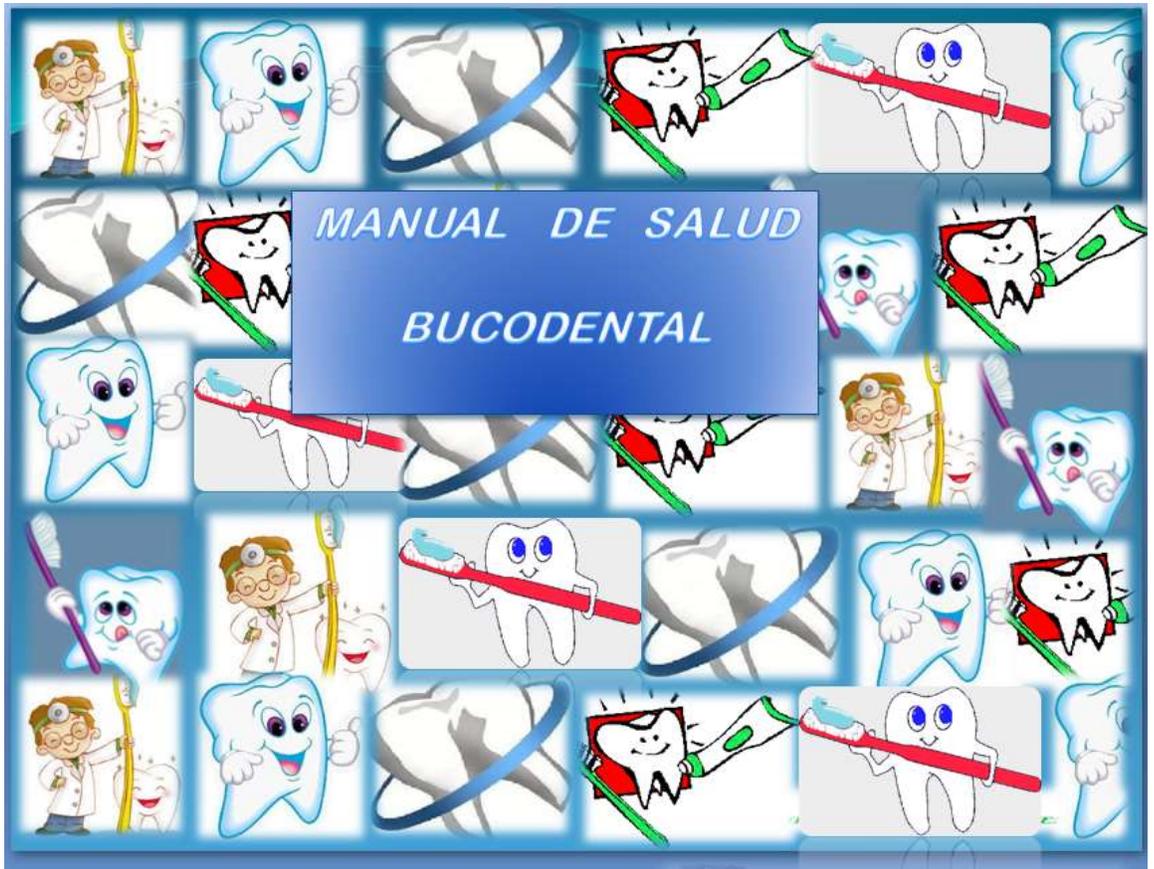
ENFERMEDAD PERIODONTAL Y APIÑAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD DEL COLEGIO FISCAL "HERNÁN GALLARDO MOSCOSO".







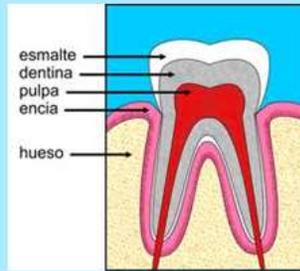
## **4. MANUAL**



# Diente

**Nuestros dientes nos sirven para muchas cosas como :**

•El diente es un pequeño órgano muy importante en nuestra boca, se encuentra formado por: esmalte, dentina que le da el color y pulpa que es el nervio de nuestro diente.



Para poder pronunciar bien las palabras



Para poder rasgar y masticar a gusto todos nuestros alimentos.



Para no avergonzarnos mientras estamos hablando



CUIDEMOS NUESTROS DIENTES

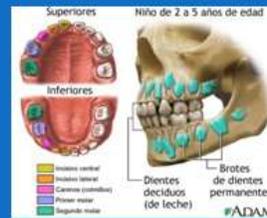


## TIPOS DE DENTICION

### DENTICION TEMPORAL



Los niños hasta los 6 años de edad presentan un total de 20 dientes temporales (de leche)



### DENTICION TEMPORAL



Todas las personas adultas mayores de 18 a 20 años presentan un total de 32 dientes permanentes



¡CUIDEMOS NUESTROS DIENTES!

# APIÑAMIENTO DENTAL

Posición normal de los dientes



Dientes con apiñamiento dental



## Causas de apiñamiento dental



**HEREDITARIO DE PADRES A HIJOS**

### MALOS HABITOS

El chupón a largo plazo cambia la posición de los dientes.



### MALA ALIMENTACION EN LA INFANCIA

(Comida blanda por muchos tiempo no permite el desarrollo de sus músculos y huesos).



**FALTA DE ESPACIO EN LAS ARCADAS DENTARIAS**



## TIPOS DE APIÑAMIENTO DENTAL

Existen tres tipos de apiñamiento dental, como son:

### APIÑAMIENTO LEVE



Se presenta apiñamiento leve cuando la falta de espacio es menor de 4mm, por arcada.

### APIÑAMIENTO MODERADO



Se presenta apiñamiento moderado cuando la falta de espacio es de 4 a 7mm, por arcada.

### APIÑAMIENTO SEVERO



Se presenta el apiñamiento severo cuando la falta de espacio es mayor a 7mm, por arcada.



CUIDEMOS NUESTROS DIENTES

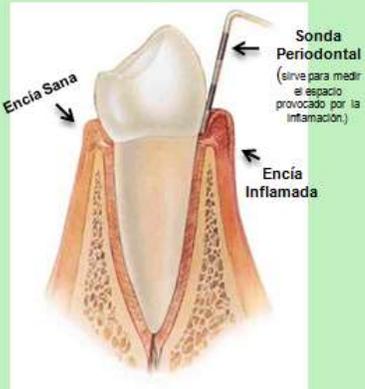


# ENFERMEDAD PERIODONTAL

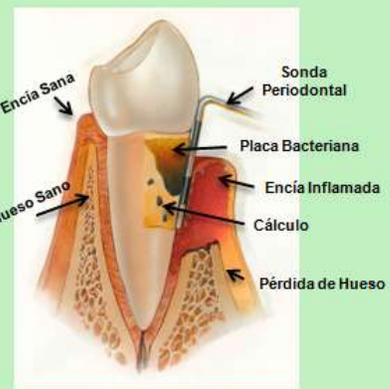
## GINGIVITIS



## PERIODONTITIS



*Sí no se controla la gingivitis se convertirá en periodontitis*



Debido a la acumulación de placa bacteriana y a la mala técnica de cepillado dental, provocará una inflamación de la encía

Periodontitis es la acumulación de calculo, destrucción del hueso alveolar y como resultado la pérdida del diente.

## HIGIENE DENTAL

### Cepillado Dental

Para mantener una buena higiene oral puedes utilizar cualquiera de estas técnicas



#### •Técnica de Bass

Se coloca el cepillo de manera tal que las cerdas estén en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal de los dientes. Se ejerce presión vibratoria suave en el eje mayor de las cerdas para que penetren en los surcos gingivales, vestibulares y en proximales; se hacen movimientos transversales sin desalojar las cerdas, luego se retira el cepillo y se pasa a otra zona.

#### •Técnica de Stillman Modificado

Se presiona ligeramente hacia las encías buscando una angulación de 45 grados, se hace presión moderada y luego se hacen pequeños movimientos hacia adelante y hacia atrás, barriendo el margen gingival (encía) y la superficie cervical (el cuello) del diente. Se va haciendo movimientos superpuestos hasta limpiar todas las zonas de la boca. El procedimiento se repite por vestibular (parte anterior del diente) y lingual (parte posterior del diente) y luego se cepillan las superficies oclusales. Con esta técnica se utiliza la parte lateral de las cerdas del cepillo y no la punta.

#### •Técnica de Fones

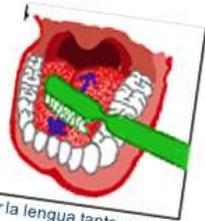
Se presiona vigorosamente sobre dientes y encías, haciendo círculos tan grandes como sea posible.



CUIDEMOS NUESTROS DIENTES



**No olvides cepillar tu lengua, utilizar hilo dental y enjuague bucal**



Sacar la lengua tanto como sea posible, colocar el limpiador lingual lo más posterior posible aplica presión y deslizarlo hacia delante



Envuelve el hilo dental en tus dedos, deja un espacio de 7 a 8mm, ayúdate con los dedos pulgar e índice, para limpiar los dientes superiores y con los índices para los inferiores.



Ayudará a eliminar la placa que el cepillo no quita

**Recuerda:  
Visitar al Odontólogo cada seis meses**



## BIBLIOGRAFÍA

- ❑ ESEQUIEL E. Rodríguez, *Ortodoncia Contemporánea Diagnostico y Tratamiento*. 2da Edición 2008. Cap. 14.
- ❑ GENCO Goldman, *Periodoncia* Cap. 1. Págs 7-21.
- ❑ ENRICO G. Bartolucci. *Atlas de Periodoncia*, 2007. Cap. 1. Págs. 3-7.
- ❑ BENJAMIN Herazo Acuña. *Higiene Bucodental y Cepillos Dentales*. Cap. 3. Págs. 45-76. Año 1990.
- ❑ [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000300017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-63652006000300017&script=sci_arttext) (año 2006)



CUIDEMOS NUESTROS DIENTES





*Universidad Nacional de Loja  
Área de la Salud Humana  
Carrera de Odontología*

## *Manual de Salud Buco Dental*



*Loja-Ecuador*