



UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE

INFORME DE INVESTIGACIÓN

**PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS PACIENTES
DE ODONTOPEDIATRIA II DEL CENTRO DE MEDICINA INTEGRAL
AMBULATORIO “EL CONSEJO” (BOQUETE) FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE CARABOBO 2004**

Autores:

Mazzei, Patricia.

Montilla, Aivil.

Tutora de contenido:

Prof. Liliana Jiménez.

Tutor metodológico:

Prof. Carlos Sierra.

Marzo, 2005.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
Facultad de Odontología
Departamento de formación integral del hombre
Informe de investigación

CARTA DE APROBACIÓN

En carácter de tutor(a) del trabajo final de Investigación Titulado : PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS PACIENTES DE ODONTOPEDIATRIA II DEL CENTRO DE MEDICINA INTEGRAL AMBULATORIO “EL CONSEJO” (BOQUETE) FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE CARABOBO 2004

Presentado por las bachilleres: *Patricia Mazzei y Aivil Montilla*

Considero que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos y meritos suficientes para ser aprobado y sometido a presentación y evaluación.

En la ciudad de Valencia, a los, _____ días del mes de _____ de _____.

TUTOR DE CONTENIDO

TUTOR METODOLÓGICO

DEDICATORIA

A Nuestros Padres Manlio Mazzei, Emma de Mazzei, Segundo Montilla y Livia de Montilla por ser el apoyo incondicional que nunca nos ha faltado, y fuente de inspiración para lograr nuestras metas.

A nuestros Hermanos Gabriela Mazzei y Daniel Montilla por estar presente en cada momento de nuestras vidas.

A nuestras Abuelas Juanita de Mazzei y Emma González, Eva de Montilla y Erita Benítez por ser parte de nosotras y ejemplo a seguir.

A toda nuestra familia.

A nuestra queridísima Tutora Liliana Jiménez por haber sido pilar en la realización de esta tesis.

A todos nuestros compañeros de grado que desde un principio compartimos momentos inolvidables en estos cinco años de estudio juntos.

A todos los profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo por haber sido parte fundamental en nuestra formación desde un inicio de nuestros estudios en la facultad hasta el presente momento.

AGRADECIMENTOS

A Dios por darnos cada día la dicha de vivir, de compartir con nuestros seres queridos y de poder lograr cada una de nuestras metas como la presente.

A nuestros padres Manlio Mazzei, Emma de Mazzei, Segundo Montilla y Livia de Montilla por su apoyo incondicional no solo en la realización de la presente investigación, sino en toda la carrera, gracias a ellos hemos llegado a donde hemos llegado por ser pilares en nuestra formación. A mi hermana Gabriela Mazzei por siempre estar pendiente durante la realización de la tesis.

A nuestra queridísima tutora Liliana Jiménez por su orientación infaltable durante la realización de nuestra tesis, por su apoyo en cada momento que lo necesitamos sobre todo en los momentos difíciles en donde siempre nos dio ánimo para seguir adelante, gracias por haber estado siempre presente!

Al profesor Carlos Sierra por guiarnos durante la realización del presente trabajo.

A la profesora Susan León por su colaboración y ayuda brindada en la realización de cuadros y gráficos.

A nuestros compañeros, que a pesar que estaban realizando sus tesis nos prestaron su ayuda cuando la necesitamos.

A los profesores y las asistentes de odontopediatria II por permitirnos asistir al área durante el periodo de tiempo estimado para la toma de la muestra y brindarnos su apoyo e interés en la realización de la presente investigación

A todas las personas que estuvieron en nuestro alrededor por toda su paciencia.

INDICE

CARTA DE APROBACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
RESUMEN	vi

Introducción.....	Pág. 01
-------------------	------------

CAPITULOS

I. EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema.....	03
Objetivos.....	06
Objetivo General.....	06
Objetivos Específicos.....	06
Justificación e Importancia.....	06

II. FUNDAMENTACION TEORICA

Antecedentes de la investigación.....	08
Basamentos Teóricos.....	17
Sistema de Variables.....	26

III. MARCO METODOLOGICO

Tipo y diseño de la Investigación.....	28
Población y Muestra.....	28
Población.....	28
Muestra.....	29
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	29
Técnica de Recolección.....	29
Instrumento de Recolección.....	30
Validez.....	30
Índices utilizados para la Recolección de Datos.....	30
Procesamiento y Análisis de los Resultados.....	35

IV. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Presentación y análisis de Resultados.....	36
Conclusiones.....	66
Recomendaciones.....	68

BIBLIOGRAFÍA	70
---------------------------	----

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACION**

**PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN LOS
PACIENTES DE ODONTOPEDIATRIA II DEL CENTRO DE MEDICINA
INTEGRAL AMBULATORIO “EL CONSEJO” (BOQUETE) FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD DE CARABOBO.**

Autores:

Mazzei, Patricia

Montilla, Aivil

Tutora de contenido:

Prof. Liliana Jiménez

Tutor metodológico:

Dr. Carlos A. Sierra.

RESUMEN

La investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de la Enfermedad Periodontal en los pacientes que acudieron al área de Odontopediatria II del Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo” (Boquete) durante los meses Febrero y Marzo del 2004 de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (F.O.U.C). Se realizó un estudio de prevalencia, descriptivo de diseño No Experimental Transeccional. La muestra seleccionada en forma aleatoria conformada por 121 pacientes los cuales representaron el 30% de la población (403) que acudió a la consulta; la recolección de la información se llevo a cabo a través del método de observación directa evaluando los siguientes parámetros clínicos: Higiene Bucal a través del Índice de Higiene Oral simplificado (I.H.O.S) y diagnostico de los estadios clínicos de los tejidos periodontales a través del Índice Periodontal de Russell (I.P) .Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva utilizando frecuencias absolutas y relativas. Los resultados demostraron que el nivel de higiene bucal que prevaleció en la muestra fue “Bueno” con un 57,02%; la enfermedad periodontal de mayor frecuencia fue la Gingivitis (80,88%); seguida por la Periodontitis (19,12%). El grupo etario mayormente afectado fue el grupo de 5-9 años de edad; siendo el sexo masculino el más frecuente en la población estudiada. Los resultados evidencian que la Gingivitis continua siendo la enfermedad periodontal de mayor frecuencia en niños, la cual se acompañara de síntomas subjetivos escasos que pueden pasar por altos los estadios tempranos de la enfermedad periodontal.

Palabra clave: Enfermedad Periodontal, Gingivitis, Periodontitis.

INTRODUCCIÓN

La literatura mundial dental reporta una alta incidencia de la enfermedad periodontal, lo que hace que ocupe el segundo lugar como problema de Salud Pública, en nuestro país estudios en este campo demuestran una alta prevalencia de dicha enfermedad. La naturaleza de la enfermedad indica una ocurrencia de inflamaciones leves en niños que puede aumentar en severidad en adolescentes y adultos jóvenes.

Las enfermedades periodontales inflamatorias se incluyen dentro de las enfermedades crónicas multifactoriales, donde la capacidad reducida del huésped trae como resultado la aparición de alteraciones en el periodonto, que se expresan desde una discreta inflamación gingival hasta la pérdida de hueso de la cresta alveolar.

Se incluye bajo la denominación de periodontopatías a toda alteración patológica de cualquier origen que ataque los tejidos periodontales. Ellas comprenden la enfermedad periodontal, enfermedad gingival y las manifestaciones periodontales de otras enfermedades. La falta de higiene oral y la acumulación de irritantes locales son los factores que inician la enfermedad gingival.

La falta de datos epidemiológicos en el área de odontopediatria II de la FOUC, fue el incentivo del presente estudio, ya que cada día se hace necesario conocer las estadísticas de la enfermedad periodontal para direccionar los programas de prevención y tratamiento y así disminuir la incidencia de la misma, a través del presente estudio se pudo conocer el estado de los tejidos periodontales en la población infantil que acude al área de odontopediatria II, lo que nos permitió conocer el estado de los tejidos de soporte de las unidades dentarias.

El propósito de esta investigación fue hacer un estudio *epidemiológico de prevalencia* en el área clínica de odontopediatria II de la FOUC en el periodo comprendido entre el 2 de Febrero hasta el 2 de Marzo del año 2004 que permitió determinar la frecuencia de la enfermedad periodontal en la población que asiste a la consulta, también se diagnosticó el estado de los tejidos periodontales y se evaluó el nivel de higiene bucal, lo cual podría ayudar a diseñar y aplicar estrategias de atención en salud acorde con las necesidades de la población que asiste al servicio, logrando una atención óptima.

La información de la presente investigación se estructuró de la siguiente manera: en primer lugar se expone el Capítulo I donde se presenta en forma detallada el Planteamiento del Problema, los Objetivos de la investigación y los aspectos que corresponden a la Justificación. En el Capítulo II, denominado Fundamentación Teórica, conformado por antecedentes referentes con la investigación, y bases teóricas, luego se presenta el Capítulo III o Marco Metodológico donde se detalla todo el procedimiento que seguirá la investigación enmarcada en un *Diseño Epidemiológico de Campo No Experimental*, seguidamente del Capítulo IV en donde se presentan los cuadros, gráficos y análisis de los resultados obtenidos en la investigación, finalmente, se desarrollan las conclusiones que sintetizan los resultados más relevantes, además de las recomendaciones que puedan representar un aporte útil en el campo de la investigación, en las áreas clínicas de Universidad de Carabobo, además de orientar acciones inmediatas o medidas que permitan elevar las condiciones de salud de la población estudiada.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Las enfermedades periodontales constituyen una de las alteraciones de la cavidad bucal más frecuentes en el ámbito mundial y su prevención depende más de la motivación del paciente para la ejecución de comportamientos adecuados de cuidado bucal que de la atención odontológica. Se piensa que la enfermedad periodontal es un problema de los adultos, sin embargo, los estudios indican que la gingivitis (la primera etapa de la enfermedad periodontal) se encuentra casi universalmente en los niños y en los adolescentes. Las formas avanzadas de la enfermedad periodontal son más raras en los niños que en los adultos, pero pueden ocurrir.

Los estudios longitudinales y transversales durante la infancia muestran que la prevalencia y la severidad de la gingivitis crece con la edad y alcanza el máximo a los 10 o 12 años.

Los reportes de prevalencia de enfermedad periodontal a nivel mundial muestran comportamientos que pudieran ser explicados por edad, sexo y las condicionantes medio-ambientales. Se ha demostrado que el nivel de gingivitis es menor en niños de 4 a 6 años que en niños mayores y adultos. Los mayores grados de acumulación de placa y de inflamación gingival se han observado a la edad de 14 a 16 años y en adultos, lo que indica que la gingivitis se incrementa gradualmente hacia la edad adulta.

Numerosas investigaciones internacionales revelan la alta prevalencia de la enfermedad periodontal a nivel mundial. Se ha podido observar en adolescente escandinavos 4% sufren enfermedad periodontal con una pérdida mínima de inserción de tejido conectivo y hueso alveolar (Koch y cols.1994).

Por su parte en Inglaterra para la misma fecha reveló que 60% de la población en edades de 2 a 15 años presentaba inflamación de las encías. Igualmente se observó

que en niños de 15 años de edad 46% cursaba con pérdida de la inserción por lo menos 1mm, y 11% de por lo menos 2 mm (Lennon y Davies, 1974).

De la misma manera en Italia se observó en un grupo de niños entre 6 y 10 años que 40% presentaba inflamación y en Etiopía, en la misma edad aproximadamente el 90 % de los niños presentaban los primeros síntomas de la enfermedad.

Luego en México estudios realizados en 1985-1989 lo revelan como uno de los países de mayor rango de frecuencia en enfermedades bucales en escolares: caries y enfermedad periodontal; siendo la prevalencia de la enfermedad periodontal 9% en los niños de 10 a 14 años, aumentando dicha proporción con la edad.

Más tarde en España en 2002 se reveló que 52,9% de la población padece de algún tipo de patología periodontal. (Castillo M, 2002)

Por otra parte en Venezuela, para el año de 1968 el Estudio por la Planificación Integral de la Odontología (PIO) determinó 45% de la población padece algún signo de enfermedad periodontal en edades entre 7 y 14 años, agravándose a medida que avanza la edad (Aguirre 1982). Así mismo en Maracaibo en 1986 se reveló una prevalencia de enfermedad periodontal de 54,53% en la población infantil (Morón, Vanegas y Salazar 1986).

Los resultados publicados por el Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa) en 1987 corroboran que las lesiones periodontales en sujetos entre 7 y 40 años del sexo masculino, los niveles de enfermedad son mayor.

La Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (FOUC) no escapa de estar inmersa dentro de esta problemática de salud bucal para el año 1993 Orozco y Lapenta revelaron que la prevalencia de la enfermedad periodontal en la población que acude al área de odontopediatria fue de 6% en la población estudiada.

La enfermedad periodontal en niños es vista como una secuencia de lesiones de carácter progresivo que se inician en la encía causando inflamación; generando como respuesta una coloración (rojo) diferente de los tejidos; conocida como *gingivitis*. Si esta no es tratada a tiempo termina con la destrucción anatómica y funcional de las estructuras de soporte del diente, pudiendo traer como consecuencia la pérdida del

mismo; lo que se conoce como *periodontitis*. (<http://www.odontologia-online.com/casos/nohic/nohic01/nohic0101/nohic0101.html>)

El factor etiológico más significativo a considerar en la gingivitis es la placa bacteriana; la cual está estrechamente relacionada con la higiene oral del individuo. También encontramos otros factores desencadenantes como lo son la caries, mal posición dentaria y traumatismo dental; y un factor predisponente como es el estado nutricional. De igual forma encontramos factores fisiológicos e iatrogénicos que pudieran estar relacionados con la aparición de la enfermedad.

La enfermedad periodontal de mayor prevalencia en los niños, que siguen los datos epidemiológicos anteriormente citados es la gingivitis de no ser tratada la enfermedad evolucionará a periodontitis conocida como periodontitis agresiva en niños aumentando la frecuencia de la enfermedad periodontal en la población que asiste a la FOUC.

Para analizar el problema planteado se debe evaluar periodontalmente a los pacientes que ingresan al área de Odontopediatria de la FOUC haciendo registros, controles de placa, evaluación de los tejidos periodontales; para así direccionar los programas de atención primaria.

Dicho estudio fue realizado en el Centro de Medicina Integral Ambulatorio el Consejo en el área de Odontopediatria II desde el 2 de Febrero hasta 2 de abril de 2004 a los pacientes de edad preescolar y escolar que acudieron a dicha institución.

Los datos epidemiológicos de la enfermedad periodontal no se han actualizado en la FOUC de aquí surge la inquietud de realizar un estudio epidemiológico en el área de boquete para determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal y de esta forma actualizar datos estadísticos de la enfermedad y poder disminuir su recurrencia.

A través de esta investigación se pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes:

¿Se ha incrementado la frecuencia de la enfermedad periodontal en los pacientes que acuden al área de Odontopediatria II del Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo” (Boquete) de la FOUC?

¿Será mayor la prevalencia de la enfermedad periodontal de acuerdo a la edad y sexo?

¿La prevalencia de la enfermedad periodontal es mayor de acuerdo al nivel de higiene bucal y grado de inflamación gingival?

Objetivos de la investigación.

Objetivo General:

1. Determinar la prevalencia de la Enfermedad periodontal en los pacientes que acuden al área de Odontopediatría II del Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo” (Boquete) de la FOUC.

Objetivos Específicos:

1. Evaluar la higiene bucal según edad y sexo, mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S) en los pacientes en estudio.
2. Conocer el valor del Índice Periodontal de Russell en los pacientes investigados, según edad y sexo
3. Evaluar la frecuencia de la enfermedad periodontal en los pacientes objeto de estudio.
4. Conocer la frecuencia de los estadios clínicos de los tejidos periodontales según la edad y sexo en los pacientes objeto de estudio
5. Establecer la relación entre el IHOS y la Enfermedad Periodontal en los pacientes sujeto de investigación.

Justificación e importancia

Los niños y adolescentes están expuestos a una amplia variedad de infecciones periodontales que pueden desarrollarse en formas más severas de la enfermedad periodontal. Mientras más temprano se detecte la enfermedad, más altas son las posibilidades de un tratamiento exitoso. Es importante que los niños reciban un examen periodontal como parte de sus visitas dentales de rutina; ya que, las enfermedades periodontales siguen siendo una de las causas principales de pérdida de dentición natural (Loë y Theilade, 1965), por lo tanto una forma avanzada de periodontitis en niños puede ser un signo temprano de otro estado general de salud.

El propósito de la investigación será determinar la frecuencia de la enfermedad periodontal de los pacientes que acuden al área clínica de Odontopediatría II de Boquete FOUC; con los datos epidemiológicos que se reportaran sobre la enfermedad periodontal en niños, se pretende mejorar la atención en cuanto a la salud de los tejidos periodontales y combatir enfermedad periodontal de los pacientes que acuden a las áreas

clínicas de odontopediatria de FOUC, esto podría llevar dentro del área de odontopediatria II a diseñar nuevos programas preventivos de las alteraciones gingivo-periodontales, contribuyendo de esta manera a disminuir la aparición o avance de la enfermedad periodontal

Además, incluir en la historia clínica la evaluación del estado periodontal de los pacientes para intervenir en la prevención y en el tratamiento de la enfermedad, así como también estudiar la severidad de la misma; lo cual puede sugerir modificaciones en los programas de atención odontológica prestado al niño y al adolescente que acuden a dicha comunidad.

A su vez, se pretende dar a conocer en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo la importancia del estado de salud periodontal en la población infantil que acude a la facultad; y motivar a la realización de este tipo de estudios en las diferentes facultades del país; aportando así bases para la realización de otros tipos de estudios que puedan beneficiar a la población y contribuir al diseño de actividades de salud bucal preventivas y educativas tomando en cuenta los factores biológicos, sociales, económicos y culturales de la población por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades periodontales deberá estar basado en el reconocimiento de cada uno de estos y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento de la cavidad bucal.

CAPITULO II

FUNDAMENTACION TEÓRICA

Antecedentes de la Investigación

Los datos sobre prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal en la niñez y adolescencia son algo contradictorios. Esto se debe en parte a las diferencias en las definiciones y los criterios utilizados. (Koch y cols.1994). En general, la población se ve más afectada a medida que aumenta la edad.

A nivel mundial, los reportes de prevalencia de la enfermedad periodontal muestran comportamientos que pudieran ser explicados por las condiciones medio-ambientales, se observa que la literatura odontológica mundial entre los años 1973 -2000 ha reportado diversos estudios concernientes a epidemiología de la enfermedad periodontal en niños. (http://geosalud.com/saluddental/periodontal_ni%F1os.htm)

En Suecia se hizo un seguimiento durante 20 años a un grupo poblacional para obtener el perfil del comportamiento de la enfermedad periodontal en diferentes grupos poblacionales del país, se realizó un estudio para evaluar el estado periodontal de una población, se reportó una disminución en el recuento de placa entre 1973 y 1983 en todos los grupos etáreos, no así entre 1983 y 1993; en el mismo país , se observó que los valores altos de placa correspondieron a los registros altos de gingivitis.

De igual forma, un estudio efectuado en 1983 sobre la salud dental infantil en el Reino Unido, se mostró que el trastorno estuvo presente en 18% de los niños de cinco años de edad, 40% de los siete años, 54% de los niños de 11 años y 49% de los adolescentes de 15 años de edad. (Todd y Dodd).

Al año siguiente, (1984) se observó a 2409 jóvenes de 15 años, residentes en Buskerud, Noruega, y encontrándose que 11,3 % de los sujetos sufría de periodontitis, siendo el sexo femenino el mayormente afectado (Hansen y cols).

Posteriormente para el año 1986 un estudio realizado en Suiza, incluyeron al 7% (7142) de todos los adolescentes de 16 años, distribuidos proporcionalmente entre los diferentes grupos étnicos del país; fueron identificados 8 sujetos (4 varones y 4 mujeres) con lesiones de periodontitis juvenil localizada, es decir, una prevalencia de 0,1%. (Kronauer y cols).

Para la misma fecha, entre 1986 y 1987, se examinaron 11.007 adolescentes de 7 a 14 años. Se observó que 0.53% de los adolescentes tenía periodontitis juvenil localizada y 0.13% periodontitis juvenil generalizada. Se calculó que cerca de 70.000 adolescentes en los Estados Unidos sufrían periodontitis juvenil localizada. La más destructiva, periodontitis juvenil generalizada, afectaba a un número aproximado de 17.000 adolescentes. (Löe y Brown).

Luego, en el año 1987 se examinó escolares británicos de 15 a 19 años de edad. Incluyó en su estudio 7266 sujetos que representaban por lo menos cuatro grupos étnicos diferentes: blancos, negros, asiáticos (indios y paquistaníes) y otros. Se encontró una prevalencia de 0.1% de periodontitis juvenil y diferencias significativas entre los grupos étnicos (Saxby).

Seguidamente, para el año 1990 se evaluó la presencia de periodontitis en 307 estudiantes negros, hispanos y asiáticos con edades entre los 12 y 15 años en una escuela de los Angeles. Treinta y nueve de ellos (12.7%) presentaron periodontitis (Perry y Newman, 1990).

Al año siguiente, se analizó la prevalencia de la enfermedad periodontal y la proporción por sexos de periodontitis juvenil. Treinta y ocho casos de periodontitis juvenil fueron diagnosticados en un grupo de 5013 jóvenes hombres y mujeres. La prevalencia total fue de 0.76% con una proporción mujer: hombre de 1.1:1.0. (Melvin y cols, 1991).

Posteriormente en España en 1994, se realiza un estudio epidemiológico de salud bucodental con carácter nacional; que demuestra que en niños de 12 años de edad 33% se encuentran sin ningún signo de enfermedad periodontal, porcentaje que pasa a 25% a los quince años, y se reduce a valores muy bajos 3,6% en el grupo de 35-44 años, y 2,2% en el grupo de 65-74 años, es decir, que a medida que avanza la edad, se reduce la

presencia de la enfermedad. A medida que progresa la edad se produce un aumento de la prevalencia y gravedad de los procesos periodontales. Cerca de 50% de los adultos (35-44 años) presentan bolsas periodontales, aunque sólo 11% de las personas de este grupo presentan bolsas profundas, que corresponden a fases avanzadas de la enfermedad. En los ancianos (65-74 años) la prevalencia de bolsas periodontales está en torno a 57%, presentando bolsas profundas 17%.
http://www.msc.es/Diseno/proteccionSalud/proteccion_todos_ciudadanos.htm.

Luego a mediados del año 1996 en Chile se realizó un estudio sobre las condiciones periodontales en un grupo de estudiantes chilenos en edades comprendidas entre 15-19 años de edad, donde se aplicó el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal (CPITN), se hizo un muestreo estratificado aleatorio por edad, sexo y nivel socio-económico en 2400 sujetos, siendo la prevalencia de la enfermedad periodontal 10,49%, afectando 12,16% a mujeres y 9% a hombres, de igual forma se observó que 70% de la población necesita instrucciones sobre higiene oral y 10,49% necesita tratamiento periodontal complejo.(López y cols).

Seguidamente en Yucatán (México) en 1997 se realizó un estudio de prevalencia de la enfermedad periodontal, se utilizó una muestra probabilística de 2140 sujetos con un rango de edad entre 6 y 14 años. Se midió la higiene oral mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon (IHOS) y la severidad de la enfermedad periodontal mediante el Índice Periodontal de Russel. Se encontró una prevalencia de la enfermedad periodontal de 61.01%, 59, 87% para el sexo femenino y 62, 32% para el sexo masculino (Hernández y cols)

Al año siguiente se conoce la situación epidemiológica de la salud bucodental en Canarias a través del estudio realizado en los escolares de 7, 12 y 14 años de cada una de las islas, en cuanto a la enfermedad periodontal, 82,94% de los escolares canarios de 12 años presentan alteraciones periodontales. 59,54% en forma leve con sangrado a la exploración y 23,40% con cálculo (sarro) además del sangrado o cálculo exclusivamente. En los escolares de 7 años, la prevalencia global de alteraciones periodontales es de 72,57%, correspondiendo 68,66% a formas leves (sangrado) y 3,91% a formas más graves, con depósito de cálculo. Estas cifras son superiores a las obtenidas para el conjunto de España que fue de 67,6% (Gómez Santos y cols, 1998).

Para el mismo año en Bogotá, Colombia se buscó identificar la tendencia de aparición de enfermedad periodontal (gingivitis, alteraciones mucogingivales y periodontitis juvenil) mediante un estudio en jóvenes con edades entre 13 y 17 años. Se examinó una población de 117 jóvenes, 87 hombres y 30 mujeres, que no tuvieran compromiso sistémico ni tratamiento con aparatología ortodóntica fija actuales. Los resultados obtenidos fueron analizados por medio de estadística descriptiva. Se concluyó que 100% de la muestra presentó algún tipo de enfermedad periodontal. La frecuencia de aparición de patologías periodontales en jóvenes de 13 a 17 años fue: 117 casos (100%) con presencia de gingivitis simple, 72 casos (61%) con gingivitis hiperplásica, 10 casos (8%) con gingivitis con pérdida de inserción, 7 casos (5.9%) con periodontitis del adulto, 4 casos (3.4%) con alteración mucogingival, 4 casos (3.4%) con periodonto disminuido, 1 caso (0.8%) con periodontitis por trauma de la oclusión, y 1 caso (0.8%) con periodontitis juvenil.

En la distribución de las patologías por género, se encontró que la gingivitis simple afectó a 87 hombres y 30 mujeres, correspondientes a 100% de la población; la gingivitis hiperplásica se presentó en 59 (67.8%) hombres y en 14 (43%) mujeres; la gingivitis con pérdida de inserción preexistente presentó una frecuencia de 7 (8%) en los hombres y de 3 (10%) mujeres; la periodontitis del adulto se encontró en 5 (6%) hombres y en 2 (7%) de las mujeres; la alteración mucogingival en 2 (2%) hombres y en una (3%) mujer; periodonto disminuido en 2 casos correspondientes al 2.3% de los hombres y al 6.6% de las mujeres; la frecuencia de periodontitis juvenil fue de 1 caso, en un hombre correspondiente al 0.8% y por trauma de la oclusión, fue de un caso en 1 hombre correspondiente a 0.8%. (López y cols, 1998)

Entre Marzo de 1999 y Diciembre de 2000 en Argentina se realizó un estudio epidemiológico sobre el cual se reportó: 96,8% de la población adulta padece alguna enfermedad periodontal causada por falta higiene bucal, para conocer la cantidad de personas de entre 18 y 84 años de todo el país que padece las enfermedades periodontales con mayor prevalencia, es que la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), la Sociedad Argentina de Periodontología (SAP) y la Asociación Odontológica Argentina (AOA) realizaron el Diagnóstico de la Necesidad de Tratamiento Periodontal en Adultos de la República Argentina.

Se realizó un levantamiento según un método aprobado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar las necesidades de tratamiento bucal de la población: el Índice Periodontal Comunitario (IPC). En total, participaron 3694 pacientes (2222 mujeres y 1472 varones) de entre 18 y 84 años que concurren espontáneamente al consultorio del odontólogo por una consulta general. Si bien 96,8% de los pacientes demostró padecer alguna de las enfermedades periodontales con mayor prevalencia (gingivitis y periodontitis), 65,2% necesitaba la intervención profesional para eliminar el cálculo en los dientes y en las encías. En 14,3% de los casos, además de la eliminación de los cálculos gingivales, era necesaria una intervención quirúrgica. Tan sólo 17,3% de los pacientes podía frenar el avance del cálculo con sólo aplicar la técnica adecuada de cepillado. El grupo de pacientes mayores de 40 años fue el que presentó mayor profundidad al sondeo: 5,5mm (Czubaj F).

A finales del año 2.000 en México se realiza un estudio epidemiológico de las enfermedades periodontales en los pacientes que acuden a la Facultad de Estomatología de la Universidad Autónoma de la Facultad de Estomatología de San Luis Potosí (UASLP). Para conocer el índice de enfermedad periodontal se seleccionaron 361 pacientes, 126 hombres entre 11 y 77 años de edad y 235 mujeres con edades entre 12 a 76 años de edad. Se le aplicó el índice periodontal de Ramfjord dando los siguientes resultados: En el grupo de pacientes de 10 a 19 años se observa una alta frecuencia de gingivitis, dentro del grupo de 20 a 29 años de edad presentaban una gingivitis de leve a moderada, dentro del grupo de 30 a 39 años presentaban una gingivitis severa, en la etapa de 40 a 49 años se observó de forma acentuada la presencia de periodontitis leve, evolucionando de leve a moderada, apreciándose el establecimiento de la enfermedad periodontal conforme avanza la edad. En los pacientes de los grupos de edades 50 a 59, 60 a 69 y 70 a 79 años fue común observar periodontitis de moderada a severa. Es de hacer notar que solo cuatro pacientes de la muestra no presentaron enfermedad periodontal (Carrillo, M; Jesús y cols).

En Bogota Colombia se realizó el tercer Estudio Nacional de Salud Oral, en donde se observó en niños de 12 años, es frecuente la presencia de sangrado y cálculo con una prevalencia de 60.9%; los niños de 7 años presentan un promedio de 0.4 sextantes con cálculos, mientras que en los de 12 años ha aumentado a 1.7 sextantes con cálculo. Se

tomó como universo de estudio 129.178 niños, donde los escolarizados correspondieron a 89.002 estudiantes del sector Público y Privado. La muestra aleatoria arrojó un total de 420 participantes. Como parámetro de medición se aplicó el Índice de Green y Vermillion, para placa calcificada. Los hallazgos mostraron una prevalencia de cálculo del 85%, siendo mayor la prevalencia de cálculo supragingival en el sexo masculino, aumentado con la edad (Angarita y Mejia, 2000).

Por otra parte en Venezuela se realizó un estudio comparativo entre el índice periodontal (I.P) y el índice de higiene oral (I.H.O.S) a cargo del Ministerio de Sanidad Asistencia Social “Estudio para la planificación integral de la odontología P.I.O (1967-1969) y Fundacredesa – Proyecto Venezuela (1981–1987). Los resultados del I.P obtenidos por P.I.O en un grupo de personas de 7 y 34 años revelan que el grupo que presenta mayor I.P fue el de 25 – 34 años con un I.P de 0.78 y el grupo de menor índice fue el 7 - 14 años con un I.P de 0.19, luego los resultados obtenidos por Fundacredesa en cuanto al I.P en un grupo de personas de 7 años y más revelaron que el grupo con mayor índice fue el de 25 años y más con un I.P de 0.49 y el menor índice se encontró en el grupo de 7 – 14 años con un I.P de 0.29. En cuanto a la higiene oral se le aplicó el I.H.O.S a un grupo de personas en edades comprendidas entre 7 y 24 años, donde se obtuvieron los siguientes resultados: el grupo que presentó mayor I.H.O.S estuvo entre los 20 y 24 años siendo mayor el aplicado por P.I.O 2.69 que el aplicado por Proyecto Venezuela 2.11 y el grupo con el I.H.O.S menor estuvo entre las edades de 7 a 14 años con un I.H.O.S de 2.36 para P.I.O y 1.96 para Proyecto Venezuela, esto nos indican que los resultados obtenidos por Proyecto Venezuela son menores que los obtenidos por P.I.O., y se puede sostener que ha existido una leve mejoría en cuanto a la salud bucal de la población, tomando en cuenta que han transcurrido veinte años entre un estudio y otro.

Seguidamente para el año de 1976 se realiza un estudio basado en “Las necesidades de salud oral en niños de 6 a 14 años de edad en el grupo Escolar “Manuel Alcázar .Barrio El Consejo Valencia ” se realizó el I.H.O.S en 180 niños en donde el grupo de 14 años presentó el índice mayor siendo de 3.66 y el índice total para todas las edades fue 2.13 (Aguirre, 1976).

Años posteriores, en 1986 un estudio realizado en Maracaibo - Venezuela, observó una prevalencia de la enfermedad periodontal de 54,53%, presentándose la enfermedad en forma leve en los grupos etarios de 15 a 19 años de edad y severa en los grupos etarios de 65 o más años de edad (Morón y cols., citado por Gamonal, 1999).

Al año siguiente en 1987 los resultados publicados por el Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la población venezolana, indicaron que sujetos entre 7 y 40 años de edad del sexo masculino presentan los niveles de enfermedad periodontal más elevados. (Méndez C. y cols, 1987)

Para el año de 1989 un estudio epidemiológico realizado a un grupo de 66 individuos del Municipio Sucre estado Zulia, se identifica 39,39% (26) de casos con alteraciones periodontales, de los cuales se diagnosticó: enfermedad periodontal destructiva (16 casos), gingivitis simple (6 casos) y comienzo de enfermedad periodontal destructiva (4 casos). (Mavare J, 1989).

Posteriormente en el segundo trimestre del año de 1993 se realizó un estudio de "Prevalencia de la Enfermedad Periodontal en niños acuden al servicio de Odontopediatria I de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo" En donde se evaluaron 100 pacientes entre 5 y 11 años de edad que acudieron al Servicio de odontopediatria I de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo (Valencia-Venezuela), se aplicó el índice de higiene oral simplificado (I.H.O.S) para evaluar la higiene oral y el índice periodontal de Russell (I.P) para evaluar la condición periodontal obteniéndose así los siguientes resultados, la afluencia de pacientes a la consulta entre el sexo femenino en 43% y masculino 57%, la enfermedad periodontal encontrada se presenta en 6% de la población y de estas 66,7 % era del sexo masculino y 33,3 % del sexo femenino, el I.P a los 8 años era el mas alto 0.40. Según el sexo el I.P no presenta mucha variación para el sexo masculino 0.30 y femenino 0.29. El porcentaje de enfermedad periodontal más alto se presentó a los 8 y a los 11 años con 38.4%. Los niveles de I.H.O.S más importantes se encontraron a los 10 años con 1.6 y a los 5 años 1.35 y no se presentaron diferencias en relación con el sexo según los resultados de los niveles de higiene oral simplificada, para el masculino 1,11 y para el femenino 1,18 (Orozco y Lapenta, 1993).

Para el mismo año 1993 se realizó un “Estudio Comparativo de la condición de salud bucal entre la población escolar, de institutos de educación especial (Instituto San Enrique, Acapane) Barbula, Valencia, Edo. Carabobo” de edades comprendidas entre 6 y 10 años, en donde se evaluó el I.H.O.S, aportando los siguientes resultados para el grupo de 6 a 10 años se obtuvo 1.65 de I.H.O.S, para el grupo de 11 a 15 años 2.34 y para todo el grupo el I.H.O.S fue de 2.00. En cuanto el I.H.O.S según sexo en la población estudiada se pudo encontrar un valor general de 2.00, el sexo masculino obtuvo un valor ligeramente mayor 2.07 que el femenino 1.83 (Malpica E, 1993).

Para la misma fecha se aplicó el mismo estudio en la población escolar de edades comprendidas entre 6 y 15 años del Instituto Maria Magdalena Monasterios, Las Agüitas, Valencia, Edo. Carabobo, el índice de I.H.O.S en general para la población del instituto fue de 2.58, con respecto a la edad el valor I.H.O.S presentado para la población de 11 a 15 fue de 2.85 mayor que el presentado por el grupo de 6 a 10 años 2.31, por otro lado el promedio de I.H.O.S para ambos sexos corresponde a un valor de 2.58, para el sexo masculino se obtuvo un valor ligeramente mayor 2.62 que el sexo femenino 2.50 lo que pareciera indicar que las niñas realizan mejor higiene oral que los varones (Malpica E, 1993)

Para el año de 1999 se realizó un estudio en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, se encontró un alto índice de placa dental y como consecuencia, problemas periodontales de tipo inflamatorio, las unidades de análisis o de investigación son los pacientes adultos que acuden por primera consulta al servicio del tercero norte nocturno la selección de una muestra mediante criterios estadísticos, por lo cual la alternativa fue tomar todos los pacientes adultos que acudieron por primera consulta al servicio de 3ero. Norte del horario nocturno (4 a 8 p.m.); durante el lapso de un año, se examinaron un total de 80 pacientes de los cuales 46 culminaron el estudio "población estudiada" y 34 por diversas razones no culminaron el estudio y se les consideró "desertores". Se utilizó el I.P. de Russell, para medir el grado de salud periodontal del individuo y el .I.H.O.S., para medir el grado de higiene bucal. En Venezuela ha sido utilizado en los años 1968 -69, por el EPIO y más recientemente por el Proyecto Venezuela, quién justificó su uso, por considerarlo idóneo

para medir la inflamación y la destrucción de los tejidos periodontales a través de un examen clínico, además porque es el más práctico para el establecimiento de los niveles de severidad de las lesiones periodontales en las poblaciones. Según los valores obtenidos de I.P y el I.H.O.S. con las diferentes variables en la población estudiada se evidenció: que el índice Periodontal de Russell medio fue de 2.15 y el I.H.O.S de 2.04; el sexo masculino presenta valores mayores de I.P. e I.H.O.S que el sexo femenino; el valor final de I.P e I.H.O.S. fue menor en los pacientes que dominan la técnica de cepillado.

A medida que el grado de instrucción aumenta los valores de ambos índices disminuyen. (Acta odontológica Venezolana, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Odontología, 2004.)

Para el mismo año se realizó un estudio epidemiológico transversal cuyo universo estuvo constituido por 92.856 pacientes pertenecientes a 3 áreas de salud del municipio de Santa Clara, en el período comprendido de enero a diciembre de 1999 con el objetivo de determinar la condición periodontal de los encuestados y establecer sus nexos con factores locales y sistémicos existentes. La prevalencia fue alta, vinculada con la edad y con el grado de higiene bucal. El tamaño de la muestra se determinó aplicando el programa EPIINFO, versión 5, con 98,5 % de confiabilidad. Se estudiaron 205 pacientes total o parcialmente dentados de ambos sexos agrupados por edades y se examinaron en el terreno. Se aplicó el índice de necesidad de tratamiento periodontal en la comunidad (INTPC) utilizando la sonda de la OMS y siguiendo criterios establecidos. del total de encuestados, 24 eran sanos para 11,7 %; 8 del sexo masculino, para 9,2 % y 16 del femenino, para 13,6 %; 181 estaban enfermos (88,3 %), de ellos pertenecían al sexo masculino 79 (90,8 %) y 102 al femenino (86,4 %), los mayores porcentajes de individuos sanos estuvieron en los grupos de 16 a 19 años y de 35 a 44. El sangramiento gingival estuvo mayormente representado por el grupo etáreo de 7 a 15 años. El grupo de 45 a 54 años presentó mayor número de pacientes con bolsas de 4 a 5 mm (41,4 %). Las bolsas de más de 6 mm de profundidad estuvieron ausentes en los pacientes de 7 a 19 años, y el grupo de 55 a 64 años presentó el mayor porcentaje (González, M y cols. Rev. Cubana 2002).

Bases teóricas

Enfermedad Periodontal

El concepto de enfermedad periodontal es amplio y en principio incorpora todas las condiciones clínico-patológicas relacionadas con la encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. La afección y destrucción de estos tejidos de soporte dental denominados, generalmente, periodonto, traería como consecuencia una disminución paulatina de la función dental y su posterior pérdida total.

Las enfermedades periodontales son una serie de entidades patológicas distintas de cualquier origen, que afectan a los tejidos que rodean y sostienen al diente (periodonto), son de carácter inflamatorio. Se considera el resultado del desequilibrio entre la interacción inmunológica del huésped y la flora de la placa dental marginal que coloniza el surco gingival.

De forma tradicional, las afecciones del periodonto se dividen en dos categorías principales: enfermedades gingivales y periodontales, teniendo a su vez, cada una de ellas, varias subclasificaciones con distinta gravedad. Las primeras incluyen los padecimientos que atacan solo a la encía, en tanto que las segundas, a los trastornos que comprenden las estructuras de soporte del diente. (Carranza, 1997)

La *gingivitis* es la inflamación de la encía en la que el epitelio de unión permanece unido al diente en su nivel original sin destrucción del hueso y por lo tanto es una lesión reversible. Se caracteriza por enrojecimiento y sangrado fácil de la encía. El tratamiento de este proceso, por otra parte sencillo, es muy importante pues puede evitar la progresión a periodontitis, donde hay daños irreversibles en las encías, estructuras de soporte del diente y pérdida del nivel de inserción. La progresión de la enfermedad sin tratar, hace que los dientes se vuelvan móviles, pudiendo caerse o ser extraídos (Mc Donald, 1994)

En cambio, en la *periodontitis*, es el avance de la gingivitis sobre las estructuras que sostienen a los dientes, se conoce también como una inflamación extendida de las estructuras periodontales que produce pérdida de conectivo y tejido de soporte del diente, los síntomas son más severos: alteraciones en la masticación, sensación de movilidad de los dientes. (Koch, 1994)

Los signos más típicos de la enfermedad periodontal son: encías enrojecidas, inflamadas o dolorosas, sangrado al cepillarse o espontáneo, retracción de las encías, sensibilidad al frío, mal aliento persistente, movilidad de dientes, desplazamiento de dientes, cambios en la mordida, flemones dolorosos de repetición en las encías, hemorragia al sondeo y pérdida de la inserción. (Aguirre, 1982)

Etiología: La placa microbiana es la causa principal de los diferentes tipos de enfermedad periodontal, esta microbiota bucal es una de las que presenta mayor complejidad en el organismo. Hay claras diferencias entre los tipos de bacterias que residen en el surco gingival sano vs. las encontradas en las bolsas periodontales. Las bacterias asociadas con salud gingival en individuos sanos son menores, en número la mayoría son estreptococos gram positivos y Actinomyces, con menor % de bacilos gram negativos. La gingivitis está asociada con el aumento en la carga microbiana y en el porcentaje de organismos gram negativos. En la periodontitis, hay un aumento en el total de la carga microbiana y una fuerte asociación para la enfermedad causada por porfirromona gingivalis, bacteroides forsythus, actinobacilos actinomicetemcomitans y treponema denticola. (http://www.encolombia.com/osteoporosis1_meno5-1.htm)

Los *factores influyentes de la enfermedad periodontal* pueden clasificarse para su estudio en factores locales y factores sistémicos:

1. *Factores locales:* son los que se encuentran en el medio ambiente inmediato al periodonto, los factores locales causan inflamación, principal proceso patológico de la enfermedad periodontal.

- La placa bacteriana.
- El cálculo: puede ser supragingival y subgingival.
- Mala higiene oral
- La consistencia de los alimentos, los alimentos blandos y adhesivos tienden a acumularse sobre los tejidos periodontales.
- Las restauraciones con márgenes cervicales desbordantes, con puntos de contactos inadecuados, las iatrogénicas ortodónticas
- La malposición dentaria y malformación dentaria.

2. *Factores funcionales locales:*

Frecuentemente en los niños encontramos hábitos perjudiciales que repercuten en la integridad del periodonto, entre los que podemos citar:

- Empuje lingual.
- Respiración bucal.
- Bruxismo.

3. *Factores sistémicos*: derivan del estado general de salud del paciente. Los factores sistémicos regulan la reacción de los tejidos a los factores locales, de modo que el efecto de los irritantes locales puede resultar agravado por condiciones sistémicas desfavorables.

- La pubertad.
- Desordenes y deficiencias nutricionales.
- Medicamentos.
- Factores psicológicos.
- Herencia.
- Enfermedades endocrinas.
- Desordenes hematológicos. (Aguirre, 1982).

Entre los factores de riesgo de la enfermedad periodontal se tiene:

- *Innatos*: raza, sexo, factores genéticos, inmunodeficiencias congénitas, disfunción fagocítica, síndrome de Down, síndrome de Papillon-Lefevre, síndrome de Ehler-Danlos.
- *Adquiridos y ambientales*: mala higiene oral, edad, medicamentos, cigarrillo, estrés, defectos inmuno adquiridos, enfermedades endocrinas adquiridas, enfermedad inflamatorias adquiridas, deficiencias nutricionales, osteoporosis, medicación con esteroides por períodos prolongados.

(http://www.encolombia.com/osteoporosis1_meno5-1.htm)

Enfermedad periodontal en niños:

Mc. Call estableció que las enfermedades periodontales que se observan en los adultos, tenían su comienzo en la infancia del individuo, por esta razón es necesario conocer el estado periodontal de los niños, realizando un minucioso examen de las estructuras de soporte de los dientes, dándoles la debida importancia a las mismas.

Dentro de las alteraciones gingivales más frecuentes en niños encontramos:

- La gingivitis marginal crónica.
- Gingivitis por manipulación.
- Recesión gingival localizada.
- Hiperplasia gingival relacionada con farmacoterapia.
- Infecciones gingivales agudas dentro de las cuales se destacan la

Gingivostomatitis herpética aguda, candidiasis y gingivitis ulceronecrotizante.

Por otra parte la periodontitis es menos frecuente que la gingivitis en niños y entre las más frecuentes tenemos:

- Periodontitis crónica prematura.
- Periodontitis prepuberal.
- Periodontitis juvenil. (Andlaw,1982)

Los gérmenes empiezan a crecer en las bocas de los infantes desde los primeros minutos de nacidos. Existen muchos factores que pueden coadyuvar a que la placa dentobacteriana normal que existe en la boca, se convierta en peligrosa para la salud, o afecte las defensas naturales del cuerpo que actúan en contra de ella, como la aparición de la dentición, la dieta, la predisposición genética, la exposición a las bacterias de otros miembros de la familia, los cambios hormonales y la deficiente higiene oral. Estas bacterias causan la enfermedad periodontal infectando las encías y las estructuras de soporte de los dientes. Dejar sin tratar una enfermedad periodontal puede causar daño y llevar a la pérdida del diente. En algunos casos, la enfermedad periodontal está asociada con otro tipo de enfermedades.

Hay cuatro signos básicos que indicarán la presencia de la enfermedad periodontal en niños:

1. Sangramiento: encías que sangran al cepillarse, al usar el hilo dental o en cualquier otro momento.
2. Inflamación: encías inflamadas y enrojecidas
3. Recesión: Encías que han retrocedido de los dientes, exponiendo a veces las raíces.
4. Mal aliento: mal aliento constante que no desaparece al cepillarse ni al usar el hilo dental. (<http://www.tusalud.com.mx/121310.htm>).

Los cambios hormonales relacionados con la pubertad pueden aumentar en los adolescentes el riesgo de desarrollar la enfermedad periodontal. Durante la pubertad, el aumento en el nivel de las hormonas sexuales, como la progesterona y posiblemente el estrógeno, causan un aumento en la circulación sanguínea en las encías. Esto puede causar un aumento en la sensibilidad de las encías y una reacción más fuerte a cualquier irritación, incluyendo las partículas de comida y la placa. Durante esta época, las encías pueden inflamarse, enrojecerse y sentirse doloridas.

(http://geosalud.com/saluddental/periodontal_ni%F1os.htm).

Según los jóvenes van pasando la pubertad, la tendencia de las encías a inflamarse como respuesta a los irritantes disminuye. Sin embargo, es muy importante que durante la pubertad se siga un buen régimen de higiene oral en el hogar que incluya el cepillado y el uso habitual del hilo dental. En algunos casos, el odontólogo puede recomendar terapia periodontal para ayudar a prevenir el daño a los tejidos y al hueso que rodean los dientes. El diagnóstico temprano es importante para obtener un tratamiento exitoso de las enfermedades periodontales.

(http://geosalud.com/saluddental/periodontal_ni%F1os.htm).

Radiográficamente en las estructuras de soporte del diente del niño en condiciones normales observamos, el hueso alveolar que rodea los dientes temporarios tiene una evidente aunque delgada lamina dura y una membrana periodontal relativamente gruesa. Las trabéculas son pocas y hay grandes espacios medulares con rico aporte sanguíneo y linfático. El cemento radicular se inicia en la unión cemento esmalte, es más delgado y menos denso que en el adulto y principalmente celular, aumenta su espesor a medida que avanza hacia apical. Las fibras del ligamento periodontal son más densas y con mayor irrigación linfática y sanguínea, las fibras principales se disponen paralelas al eje mayor del diente. (Higashida, 2000)

El diagnóstico de la enfermedad es difícil cuando esta comenzando debido a que en el inicio de esta hay pocos signos y síntomas, es por ello que nos debemos ayudar con la realización de un examen radiográfico para diagnosticar la enfermedad en donde podemos observar, reabsorción ósea horizontal, disminución de la densidad ósea, cambios en las crestas alveolares, pérdida del hueso interradicular pérdida vertical del hueso alveolar alrededor de los primeros molares e incisivos, pérdida en forma de arco

del hueso alveolar que se extiende desde la superficie distal del segundo premolar hasta la superficie mesial del segundo molar.

(http://geosalud.com/saluddental/periodontal_ni%F1os.htm).

Epidemiología de la enfermedad periodontal:

La investigación epidemiológica en periodoncia debe cumplir la tarea de aportar datos sobre la prevalencia de la enfermedad periodontal en distintas poblaciones, es decir, la frecuencia con que se producen, así como también la gravedad de esta enfermedad, dilucidar aspectos relacionados con la etiología y los determinantes de desarrollo de estas enfermedades, y aportar documentación sobre la eficacia de las medidas preventivas y terapéuticas dirigidas contra estas enfermedades en función de la población (Lindhe, 2001).

Los estudios epidemiológicos efectuados en todo el mundo apuntan a una distribución casi universal de la enfermedad periodontal, el progreso de estos estudios ha sido lento, debido a varios factores importantes, que incluyen los tejidos blandos y duros.

Epidemiológicamente esta enfermedad presenta las siguientes particularidades:

- Está muy relacionada con la edad.
- Un porcentaje relativamente alto de la población la padece.
- Hay un patrón claro de incremento de la severidad en relación con la prevalencia.
- Existe en todas las poblaciones, variando solo en intensidad y prevalencia (Gamonal, J.1999).

La información concerniente a la epidemiología de una enfermedad se basa en un grupo de personas, los estudios epidemiológicos que identifican los factores de riesgo para las enfermedades brindan una guía para hacer recomendaciones de prevención primaria y los estudios más nuevos de epidemiología molecular ayudan a identificar donde intervenir en el proceso patológico.

Las periodontopatías pueden ocurrir en cualquier edad, los jóvenes y niños de cinco o seis años pueden tener signos de esta enfermedad

Índices epidemiológicos utilizados para medir prevalencia de la enfermedad periodontal:

Para estudiar las enfermedades periodontales y la higiene oral desde el punto de vista epidemiológico se utilizan unos indicadores que permiten cuantificar la cantidad, valorar la intensidad de la enfermedad en individuos o poblaciones y la necesidad de recibir tratamientos odontológicos sencillos o complejos. Estos indicadores en orden de menor a mayor gravedad de la enfermedad son, el sangrado de la encía, presencia de cálculos, materia alba y profundidad de las bolsas periodontales.

Encontramos índices que se utilizan en el ejercicio clínico para valorar el estado gingival de los pacientes y hacer el seguimiento de cambios en la encía con el tiempo, conocidos como índices gingivales; entre los índices gingivales mas utilizados tenemos:

- Índice de inserción papilar – marginal.
- Índice periodontal (índice de Russell).
- Componente gingival del índice de enfermedad periodontal (índice de Ramfjord)
- Índice gingival.
- Índice de hemorragia gingival.
- Índice gingival por el National Institute of Dental Research (NIDR), (Carranza, 1997).

También se encuentran índices para evaluar la gravedad de la enfermedad periodontal, o grado de destrucción periodontal tomando en cuenta las mediciones del surco gingival, las evaluaciones radiográficas de la pérdida de hueso, las valoraciones de la secesión gingival y la movilidad dentaria, dentro de estos índices encontramos:

- Medición del surco gingival como componente del índice de enfermedad periodontal (PID).
- Índice de extensión y gravedad.
- Métodos radiográficos para medir pérdida ósea (Carranza, 1997).

De la misma manera, encontramos índices para cuantificar la acumulación de placa que utilizan una escala numérica para medir la extensión de la superficie dental cubierta por placa, incluyendo:

- Componente relativo a la placa en el PDI.

- Índice simplificado sobre higiene bucal.
- Índice de placa Turesky-Gilmore-Glikman, modificación del Quigley- Hein.
- Índice de la placa (PII), (Carranza, 1997).

Por último encontramos los índices para medir la cantidad de cálculo, entre los cuales tenemos:

- Elemento relativo al cálculo en el índice simplificado sobre higiene bucal (OHI-S).
- Componente referente al cálculo en el índice de enfermedad periodontal.
- Método de la sonda para valorar el cálculo.
- Índice de cálculo por superficie.
- Índice de cálculo relacionado con la línea marginal.
- Índice NIDR de cálculo. (Carranza, 1997).

Dentro de los índices utilizados para medir la prevalencia de la enfermedad periodontal y la higiene oral se encuentra:

- *El Índice Periodontal de Russell, (1956)*: fue desarrollado por Russell como una herramienta epidemiológica para comparar la prevalencia relativa de la enfermedad periodontal en diferentes poblaciones. Es capaz de medir tanto inflamación gingival como el grado de destrucción ósea. Se basa en la unidad dentaria como objeto de medida, tomando en cuenta la inflamación, la formación de bolsa y la movilidad dentaria, asignándole un puntaje a los diferentes criterios. El uso del IP requiere de un equipo mínimo: una fuente de luz, un espejo bucal y un explorador (Carranza, 1997).

Método de aplicación del índice de Russell.

La presencia y gravedad de la enfermedad periodontal en los dientes pilares fue analizada mediante el índice periodontal de Russell, que tiene como objetivo evaluar la enfermedad periodontal con mayor profundidad y mide:

- Ausencia o presencia de inflamación gingival, su intensidad, la bolsa y la pérdida de la función masticatoria.
- Examen de los tejidos que rodean cada diente.

- Tanto los aspectos reversibles como los irreversibles de la enfermedad periodontal, y arroja un índice epidemiológico con un gradiente biológico verdadero.

Desventaja:

Al realizar el examen del índice periodontal de Russell se usa nada más que el espejo bucal y no se usan sondas calibradas ni radiografías; los resultados tienden a subestimar el nivel real de la enfermedad. Este índice fue creado para estudios epidemiológicos, pero con cuidado puede utilizarse en pruebas clínicas. En nuestro estudio se realizaron rayos X y se usaron además sondas calibradas en caso de duda de bolsas periodontales.

El uso de este índice ha permitido valorar más datos que ningún otro sobre la enfermedad periodontal; se puede afirmar que mucho de lo que se sabe en el mundo entero sobre esta enfermedad se basa en el empleo del índice de Russell. (http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est07302.htm)

- *Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)*: En 1960, Green y Vermillon crearon el Índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés Oral Hygiene Index); más tarde lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentarias representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de IHOS (OHI-S por sus siglas en inglés Oral Higiene Index Simplified). Mide la superficie del diente cubierta con materia alba y cálculo (Carranza, 1997).

El IHOS consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado y un índice de cálculo simplificado. Cada uno se valora en una escala de 0 a 3, para el examen se emplea un espejo bucal y un explorador y no se usan agentes reveladores. Las seis superficies examinadas son las vestibular de primer molar superior derecho e izquierdo, el incisivo central superior derecho en la superficie palatina, la superficie lingual del primer molar inferior derecho e izquierdo y la superficie vestibular del incisivo inferior izquierdo. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio y cervical. La puntuación de materia alba y cálculo se obtienen por separado, totalizando los desechos por superficie dentaria y las calcificaciones del cálculo, dividiendo el

resultado entre la cantidad de superficies examinadas; los valores clínicos del IHOS se obtienen sumándole resultado de materia alba y calculo (Carranza, 1997).

La relevancia del parámetro del IHOS es que, al igual que el IP (Russell), es muy empleado en todo el mundo y contribuye de manera considerable a la comprensión de la enfermedad periodontal: Ambos índices son de fácil uso dado que los criterios son objetivos y el examen puede realizarse sin demora

La enfermedad periodontal es considerada un problema de salud pública por:

- Evidencias científicas señalan que la condición periodontal tiende a mejorar en los países industrializados, pero no existen las mismas evidencias para suponer lo mismo en el resto de los países.
- Por la alta prevalencia.
- Por la alta demanda en la atención.
- Por el impacto en los individuos y en la sociedad en términos de dolor, incomodidad, limitaciones funcionales y estética. Efectos en la calidad de vida.
- Impacto económico (Sheiham, 1995 citado por Gamonal, J 2000).

Sistema de variables

A continuación se presenta la variable contenida en los objetivos.

- *Enfermedad Periodontal:*

Definición conceptual:

Conjunto de enfermedades inflamatorias que afectan los tejidos de soporte del diente, que resultan del desequilibrio entre la interacción del huésped y la placa dentobacteriana que coloniza el surco (AAP, 2000), la cual se puede clasificar como:

- **Gingivitis:** inflamación de las encías
- **Periodontitis:** inflamación gingival acompañada de pérdida de inserción y de tejido conectivo (AAP, 1998).

Definición operacional:

El estado inflamatorio de los tejidos periodontales se medirá a través del índice periodontal de Russell el cual permitirá diagnosticar la presencia de gingivitis y periodontitis; además del IHOS el cual evaluará el nivel de higiene bucal.

OPERALIZACION DE VARIABLES					
OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORE S
Determinar la prevalencia de la Enfermedad Periodontal en los pacientes que acuden al área de odontopediatria II del Centro Ambulatorio “El Consejo” de la FOUC.	Enfermedad Periodontal: - Gingivitis - Periodontitis	Conjunto de enfermedades inflamatorias que afectan los tejidos de soporte del diente, que resultan del desequilibrio entre la interacción del huésped y la placa dentobacteriana que coloniza el surco (AAP, 2000), la cual se puede clasificar como: • Gingivitis: inflamación de las encías • Periodontitis: inflamación gingival acompañada de pérdida de inserción y de tejido conectivo (AAP,1998)	El estado inflamatorio de los tejidos periodontales se medirá a través del índice periodontal de Russell el cual permitirá diagnosticar la presencia de gingivitis y periodontitis; además del IHOS el cual evaluará el nivel de higiene bucal.	Higiene bucal: - Edad - Sexo - Estados de los tejidos periodontales: - Edad - Sexo -Estadios Clínicos:	- IHOS - 0 a 4 años - 5 a 9 años - 10 a 14 años - 15 y mas. - Femenino - Masculino - Índice periodontal de Russell - 0 a 4 años - 5 a 9 años - 10 a 14 años - 15 y mas. - Femenino - Masculino. - Tej. de soporte sano. - Gingivitis simple. - Periodontitis incipiente - Periodontitis moderad. - Periodontitis Terminal

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de la investigación

La investigación se basa en un estudio de prevalencia, de tipo descriptivo No Experimental. Según Martínez, Navarro (1998) en un sentido general, los estudios de prevalencia “son aquellos cuya finalidad es estimar la frecuencia de algún fenómeno de interés en un momento dado” (p.179.). Así mismo, según Sierra 2004 se considera No experimental “ya que no se manipula en el estudio deliberadamente variables” (p.58.)

Por su parte, Ramírez (1998) señala que se considera una investigación de Campo, ya que “la recolección de datos es directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables, debido a que esto hace perder el ambiente en el cual se manifiesta y desenvuelve el hecho” (p.82.)

El diseño de la presente investigación es considerado transeccional, porque la recolección de datos se realizó en un solo momento, en un tiempo único; ya que según Hernández, Fernández y Baptista (1991) “se realiza sin manipular deliberadamente variables”.p.189. Lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

Población y muestra

Para el cumplimiento de los objetivos de la investigación se consideraran como:

- ***Población:***

Como refiere Pérez (2002), “la población es el conjunto finito o infinito de unidades de análisis, individuos, objetos o elementos que se someten a estudio” (p.65). por lo tanto, la población estuvo representada por 403 pacientes que acudieron al área de Odontopediatría II, en el Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo” durante el periodo de tiempo comprendido del 2 de Febrero al 2 de Marzo en el año 2004.

Muestra:

Tomando en cuenta según Pérez A (2002) “la muestra es una proporción, un subconjunto de la población que selecciona el investigador de las unidades de estudio, con la finalidad de obtener información confiable y representativa” (p.65). Se tomó como muestra el 30% de la población de los pacientes que acudieron al servicio; correspondiendo esta a un total de 121 pacientes desde el 2 de Febrero hasta el 2 de Abril del año 2004, sin distinción de edad y sexo para así obtener una muestra con un nivel elevado de representatividad.(Ramírez T, 1999). Debido a esto se considera la muestra a estudiar, una muestra *probabilística* según Sierra A, (2004) en una muestra *probabilística* es aquella en la que todos y cada uno de los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados (p.67). Esto se obtiene definiendo las características de la población, el tamaño de la muestra y a través de una selección aleatoria de las unidades de análisis.

Técnica e instrumento de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en el Área clínica de Odontopediatría II FOUC, ubicada en el Centro de Medicina Integral Ambulatorio “ El Consejo” sector Ruiz Pineda, parroquia Miguel Peña, Valencia Edo. Carabobo a través de la técnica de *observación participante*, que es aquella en donde el investigador se involucra con el grupo de estudio, se realizó *una guía de observación no estandarizada* como refiere Brito (1992) “es aquel cuando el investigador tiene que elaborar el instrumento de recolección de datos apropiado a lo que se pretende lograr” mediante un examen clínico bucal donde se aplicó el índice de higiene oral simplificado (IHOS) y el índice periodontal de Russell (IP) que permitió conocer las características de los tejidos periodontales de la población a estudiar para establecer posteriormente el diagnóstico y conocer así la frecuencia de la enfermedad periodontal en ellos con la finalidad de conocer las características fundamentales de la población a estudiar, en este caso la enfermedad periodontal en niños.

Para recolectar la información requerida se diseñó el instrumento por las autoras denominado ficha de datos, este instrumento consta de:

1. Una primera parte que incluye:

- Datos personales: Número de historia, nombre y apellido, dirección, teléfono, sexo y edad del paciente.

2. Una segunda parte que incluye la información relacionada con los índices periodontales y consta de:

- Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon, utilizado para medir la higiene oral del paciente.
- Índice periodontal de Russell, para medir el grado de salud periodontal del individuo.

Validez del Instrumento

Luego de la elaboración del instrumento es necesaria la validación y la confiabilidad por parte de expertos. (si esta ultima es necesaria). La aplicación de estos dos pasos obedece a la necesidad de tener confianza en el proceso de recolección de datos, la certeza en los datos obtenidos.

Tal como indica Pérez A (2002) “la *validación* se refiere a revisión exhaustiva del instrumento de investigación antes de ser aplicado, con la finalidad de evitar errores. Es realizada por dos especialistas expertos en la materia de periodoncia, conocedores del tema en estudio y con experiencia en metodología de investigación” (p.70).

La confiabilidad según Hernández, Fernández y Baptista (1998) “se refiere al grado de su aplicación repetida al mismo sujeto produce iguales resultados” (p.21).

En la validación del instrumento realizado por las autoras se tomaron en cuenta los siguientes aspectos a juicio de los expertos:

- La relación del instrumento con los objetivos específicos de la investigación
- Claridad de los ítems de acuerdo a las variables de estudio.
- Observaciones generales de los expertos.
- Criterios del experto con respecto al instrumento: claridad, coherencia y pertinencia al tema en estudio.

Índices utilizados para la recolección de datos

Para la realización de la presente investigación es necesario conocer por medio del índice de higiene oral simplificado la influencia de la placa y del cálculo como factor etiológico de la enfermedad periodontal, a su vez, también se deberá evaluar la

severidad de dicha enfermedad a través del índice periodontal de Russell; dichos índices son importantes para el diagnóstico de la enfermedad periodontal, en los pacientes que acuden al área clínica de Odontopediatria II de la FOUC.

- *El índice de Higiene Oral Simplificado (I.H.O.S):*

El I.H.O.S permite expresar numéricamente el grado de higiene oral alcanzado por el individuo o grupo estudiado, su aplicación es sencilla lo cual facilita de manera objetiva evaluar las condiciones de higiene oral del grupo de estudio., para su realización solo se necesita de un espejo, un explorador y una fuente de luz directa. El I.H.O.S., permite una evaluación cuantitativa de los diferentes grados de higiene y establece criterios para el diagnóstico cuantitativo.

Para la evaluación del I.H.O.S. se usaran los siguientes criterios:

Materia Alba.

0: No hay materia alba o manchas extrínsecas.

1: Materia alba en 1/3 del diente o manchas extrínsecas.

2: Materia alba en 2/3 del diente.

3: Materia alba en más de 2/3 del diente.

$$IR = \frac{\sum f_i}{n(6)}$$

- IR = índice de residuos.

- $\sum f_i$ = sumatoria de las superficies con acumulo de materia alba.

- n = numero de caras examinadas.

Cálculo:

0: No hay cálculo.

1: Cálculo Supragingival hasta 1/3 de la superficie dental.

2: Cálculo Supragingival que cubre más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie dental y/o áreas aisladas de cálculo subgingival alrededor de cervical del diente.

3: Cálculo supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dental expuesta o una banda ancha continua de cálculo subgingival alrededor de cervical del diente o ambos.

$$IC = \frac{\sum fi}{n (6)}$$

- IC = índice de calculo.
- $\sum fi$ = sumatoria de las superficies con acumulo de calculo.
- n = numero de caras examinadas.

Para obtener el Índice de Higiene oral se suma el total del Índice de materia alba más el índice de cálculo.

$$I.H.O.S = IR + I C \text{ (Aguirre, 1986).}$$

Criterios de evaluación clínica para diagnosticar el I.H.O.S:

- Bueno : 0 a 1.2
- Regular : 1.3 a 3
- Malo: 3 a 6

- Índice Periodontal de Russell:

Es un índice epidemiológico con un gradiente biológico verdadero, es el de más vasta utilización para la determinación epidemiológica de salud o enfermedad periodontal .Permite medir el grado de salud periodontal del individuo. Para su realización se necesita un espejo y una fuente de luz directa. Adicionalmente se aplicó como criterio de las autoras el uso de la sonda periodontal para medir el nivel de inserción clínica, al igual el uso de radiografías en las áreas que presenten perdida de inserción.

El IP es considerado idóneo para medir la inflamación y la destrucción de los tejidos periodontales a través de un examen clínico, además porque es el más práctico para el establecimiento de los niveles de severidad de las lesiones periodontales en las poblaciones. (EPIO, 1967)

Para la evaluación del índice periodontal se utilizaron los siguientes criterios:

0: Negativo: no hay inflamación.

1: Gingivitis leve: hay un área evidente de inflamación en la encía libre, no circunscribe el diente.

2: Gingivitis: la inflamación rodea totalmente el diente pero no hay alteración evidente de la adherencia epitelial.

6: Gingivitis con formación de bolsa: hay ruptura de la adherencia epitelial, no hay interferencia con la función masticatoria, diente firme y no migrado.

8: Destrucción avanzada: pérdida de la función masticatoria, diente móvil, migrado depresible.

El puntaje del índice periodontal (IP) de un individuo es el puntaje medio de todos los dientes examinados. El puntaje IP de una población se puede calcular sumando todos los IP individuales y dividiéndolo entre el total de las personas examinadas.

$$IP (i) = \frac{\sum f(\text{valores individuales})}{n (\text{n}^\circ \text{ de dientes presentes})}$$

- IP(i) = índice periodontal por individuo.
- $\sum f$ = sumatoria del valor de cada diente examinado.
- n = total de dientes presentes.
- $IP (m) = \frac{\sum f(IPi)}{N}$
- IP (m) = índice periodontal de la objeto de estudio..
- $\sum f(IPi)$ = sumatoria del IP (i).
- N = N° total de personas examinadas.

Criterios de Russel:

Para la evaluación de los tejidos periodontales de la muestra objeto de estudio, se tomaron los criterios clínicos de Russell establecidos por el estudio “*Control de Higiene bucal en pacientes geriátricos portadores de sobredentaduras*”, realizado por Lauzardo G, Gutiérrez Hernández M, Robledo Fernández M (2002) por considerar ser lo mas aproximado con la evaluación clínica observada por las investigadoras durante la toma de muestra. Cabe destacar que se hicieron modificaciones en la terminología usada adaptándola con la empleada actualmente:

- a) De 0 a 0,2. Tejido de soporte normal
- b) De 0,3 a 0,9 Gingivitis simple.
- c) De 1 a 1,9 Periodontitis incipiente.
- d) De 2,0 a 3,0 Periodontitis moderada
- e) De 3,0 a 8,0 Periodontitis Terminal.

Procesamiento y análisis de los datos

La interpretación de los datos se realizó mediante la estadística descriptiva que según Hernández, Fernández y Baptista (1991) describe: “los datos, valores o puntuaciones obtenidas para cada variable” (p.350). Se utilizó para ello las distribuciones de frecuencias absolutas y relativas.

Los resultados fueron registrados, analizados y presentados a través de cuadros estadísticos, gráficos de barra.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presenta la información recolectada en la investigación en forma de cuadros y gráficos estadísticos, además del análisis de estos resultados. Toda esta información se procesó a través de la estadística descriptiva y se organizó de acuerdo a los objetivos planteados en dicha investigación.

Así mismo se tomaron en cuenta las teorías que sustentan la investigación, las cuales permitieron avanzar y relacionar la parte metodológica; así como también los objetivos de la investigación.

Luego para determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal y la higiene bucal se procedió a aplicar índices epidemiológicos IP e IHOS para luego tomar la información a través de la técnica de observación directa.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento a la muestra de los pacientes de odontopediatría II que acudieron a Boquete en el periodo de febrero a abril 2004; fue organizada en cuadros de frecuencia, agrupando los cuadros por dimensiones e indicadores. Simultáneamente se muestran los gráficos de diagrama de barras que comparan los ítems de cada indicador. Los resultados se presentan a continuación:

CUADRO N° 1

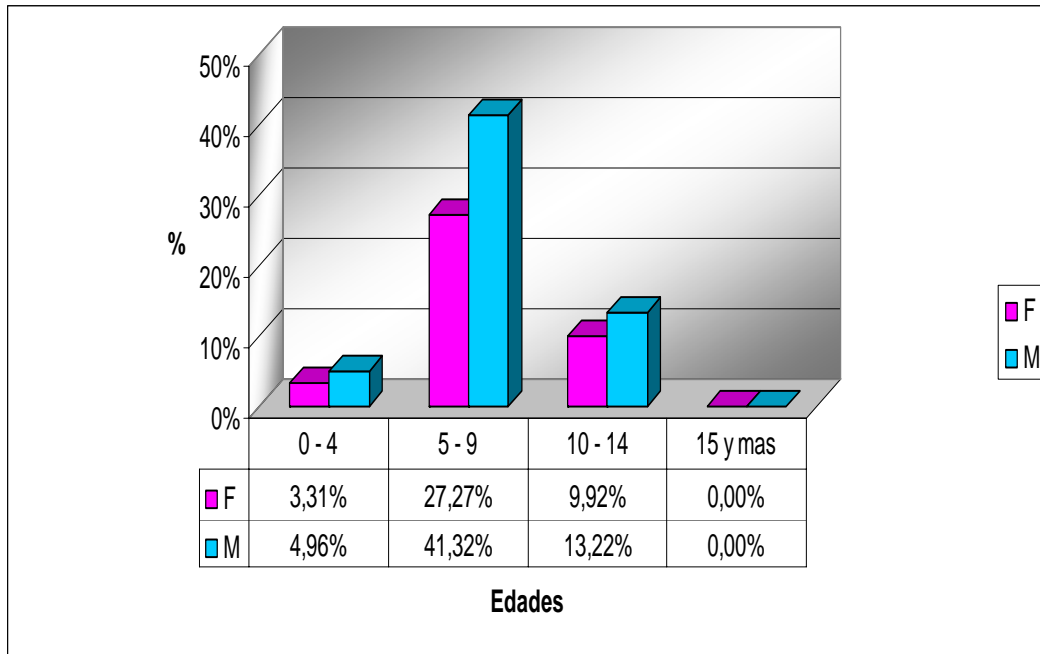
Distribución de frecuencias por edad y sexo. Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

EDAD - SEXO	F	%	M	%	TOTAL	%
0 - 4	4	3,31	6	4,96	10	8,26
5 - 9	33	27,27	50	41,32	83	68,60
10 - 14	12	9,92	16	13,22	28	23,14
15 y mas	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	49	40,50	72	59,50	121	100,00

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N° 1

Distribución de frecuencias por edad y sexo. Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANÁLISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N°1

En este cuadro se presenta la distribución de los sujetos objeto de estudio por edad y sexo; destacándose que el mayor porcentaje está representado por el grupo etareo de 5 a 9 años, con un porcentaje 68,60% respectivamente. El grupo de edad que representa el menor porcentaje es de 0 a 4 (8,26%). Cabe destacar que los pacientes de 15 y más años no asistieron en el momento de la recolección de la muestra, representando un 0%. Estos resultados

En relación al sexo, el mayor porcentaje está representado por la población masculina con un 59,50%, siendo de igual manera, el grupo de 5-9 años el que tiene mayor

porcentaje 41,32%. En la población femenina (40,50%), el grupo de edad que tiene mayor frecuencia es el de 5 - 9 años (27,27%).

Dichos resultados concuerdan con los expuestos por Lapenta y Orozco en la investigación realizada sobre “La Prevalencia de la enfermedad Periodontal en los pacientes que asistieron al Servicio de odontopediatria I de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo (Valencia- Venezuela), en el segundo trimestre de 1993 donde la afluencia de pacientes a la consulta se encontró en el grupo de 8 y 9 años de edad, y con respecto al sexo, el sexo masculino fue el que presento mayor afluencia 57% con respecto al sexo femenino que fue de 43%.

CUADRO N° 2

En relación con el objetivo específico n° 1 el cual expresa “Evaluar la higiene bucal según la edad y el sexo mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en los pacientes objeto de estudio”. Los resultados fueron los siguientes:

IHOS según edad en población que asiste al Área de Odontopediatría II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Edad.

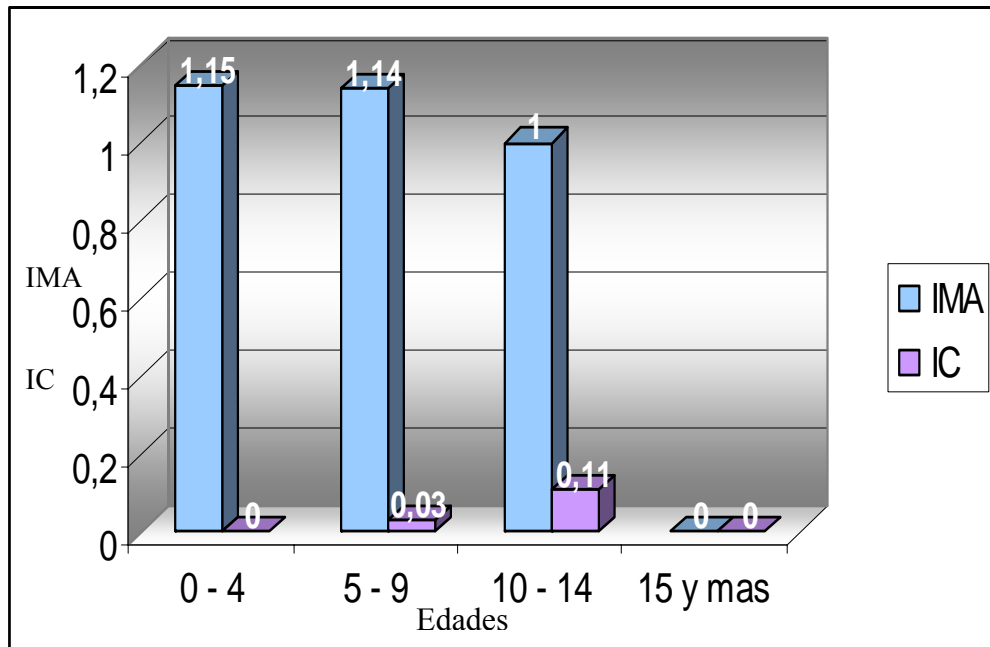
INDICADOR: IHOS.

EDAD	N	IMA	IC	IHOS	NIVEL DE HIGIENE BUCAL
0 - 4	10	1,15	0	1,15	Bueno
5 - 9	83	1,14	0,03	1,17	Bueno
10 - 14	28	1	0,11	1,11	Bueno
15 y mas	0	0	0	0	Bueno

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N° 2.A

IMA e IC según edad en población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

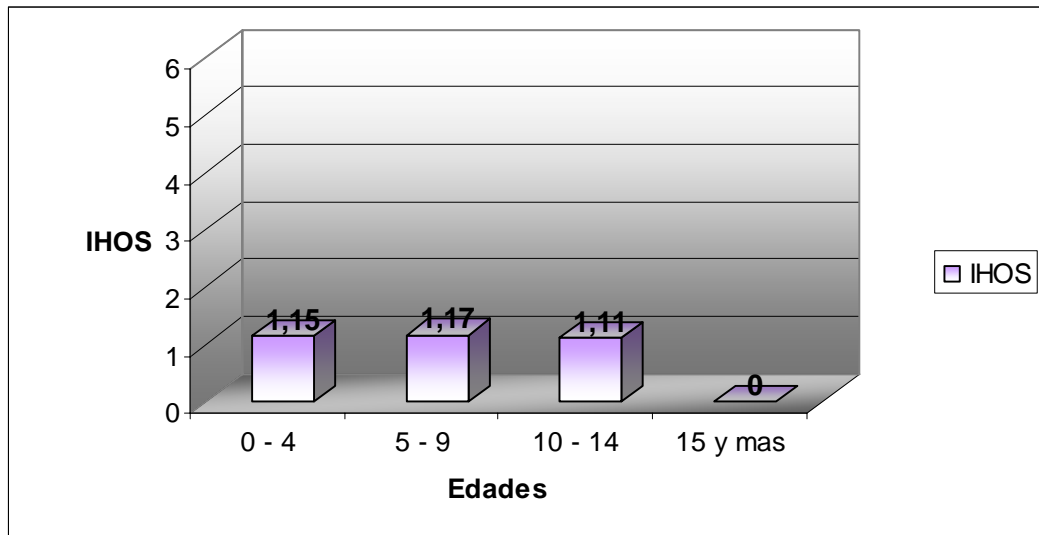
ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 2.A

Con respecto al IMA en cuanto a la edad el porcentaje mas elevado fue de 1,15 en los pacientes de edades comprendidas entre 0 y 4 años y el menor fue de 1,00 en los pacientes de 10 a 14 años de edad.

En cuanto al IC el valor mayor se encontró en el grupo etareo de 10 a 14 años de edad (0,11) muy por encima del encontrado en el grupo etareo 5 y 9 años (0,03).

GRAFICO N° 2.B

IHOS según edad en población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 2.B

En este cuadro se presenta el I.H.O.S. de acuerdo a las edad donde se observó que el valor mas elevado se encontró en los pacientes en edades comprendidas de 5 a 9 con un I.H.O.S de 1,17 y el menor valor fue de 1,11 en los pacientes entre 10 y 14 años de edad, presentando ambos grupos un nivel de higiene bucal bueno, comparando dichos resultados con los expresado por Lapenta y Orozco en 1993, en un estudio realizado en el Servicio de odontopediatria I de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo (Valencia- Venezuela), se pudo observar que los niveles de I.H.O.S más importantes se encontraron a los 10 años con 1.6 y a los 5 años 1.35 encontrándose estos valores mas elevados a los actuales significando esto que ha habido una mejoría en cuanto a la higiene bucal de los pacientes que acuden a las áreas de odontopediatria.

CUADRO N° 3

IHOS según sexo en población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Sexo.

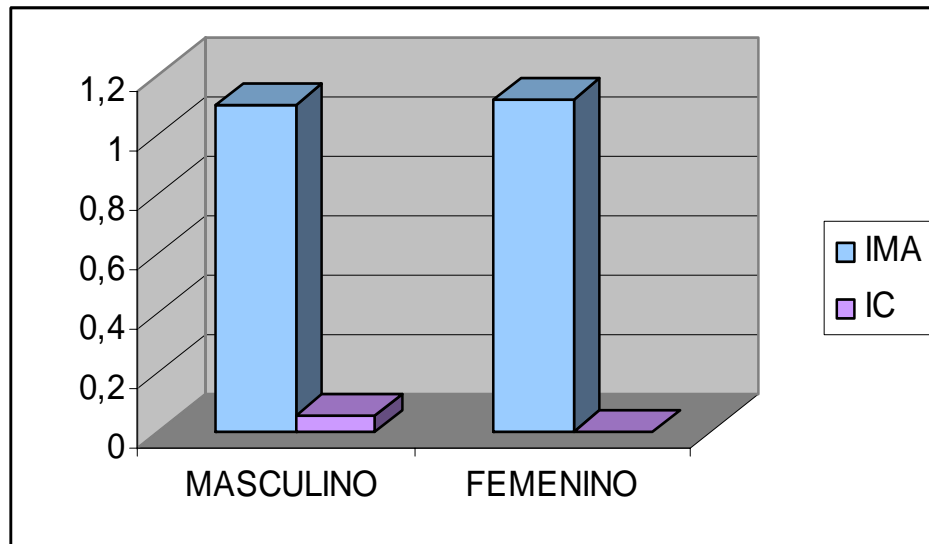
INDICADOR: IHOS

SEXO	n	IMA	IC	IHOS	NIVEL DE HIGIENE BUCAL
MASCULINO	72	1,1	0,05	1,15	Bueno
FEMENINO	49	1,12	0.04	1,16	Bueno

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N°3.A

IMA e IC según sexo en población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



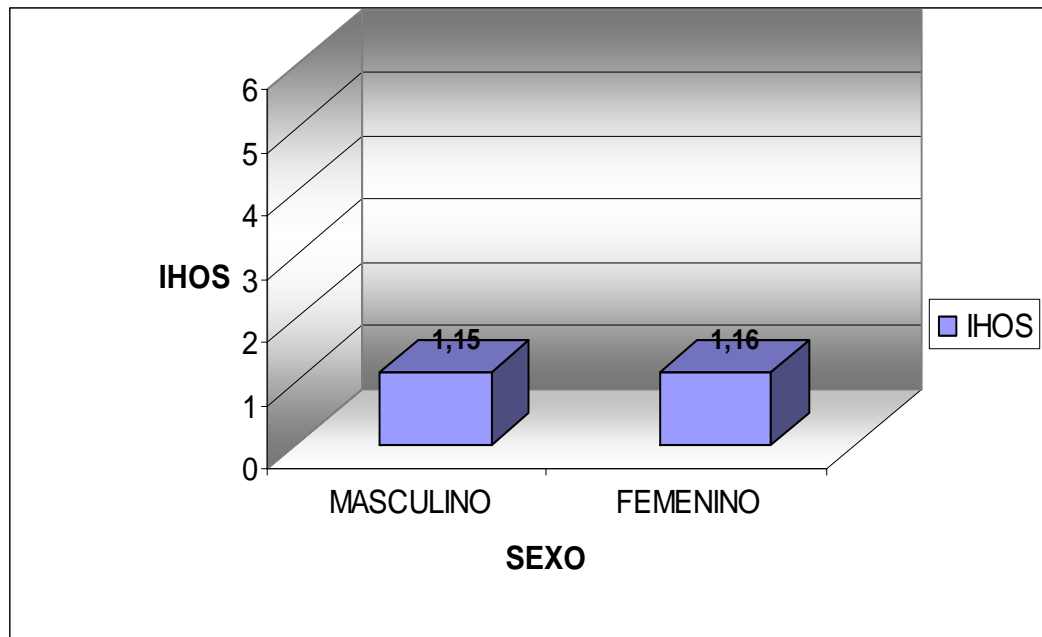
Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 3.A

El sexo femenino obtuvo un valor de IMA 1,12 ligeramente mayor que el sexo masculino (1,10), presentándose el caso contrario con el IC donde el sexo masculino obtuvo un valor mayor (0,05) que el sexo femenino (0,04)

GRAFICO N° 3.B

IHOS según sexo en población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 3.B

El promedio de IHOS para el sexo masculino fue de 1,15 y para el sexo femenino 1,16 observándose así que no existe diferencia significativa entre el IHOS de ambos sexos. Datos que se asemejan al estudio citado anteriormente (Lapenta y Orozco), para el masculino 1,11 y para el femenino 1,18.

CUADRO N° 4

En relación con el objetivo N° 2: “Conocer el valor índice Periodontal de Russell en los pacientes investigados, según edad y sexo”, cuyos resultados son los siguientes:

INDICE PERIODONTAL DE RUSSEL (IP) según edad en población que asiste al Área de Odontopediatría II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Edad.

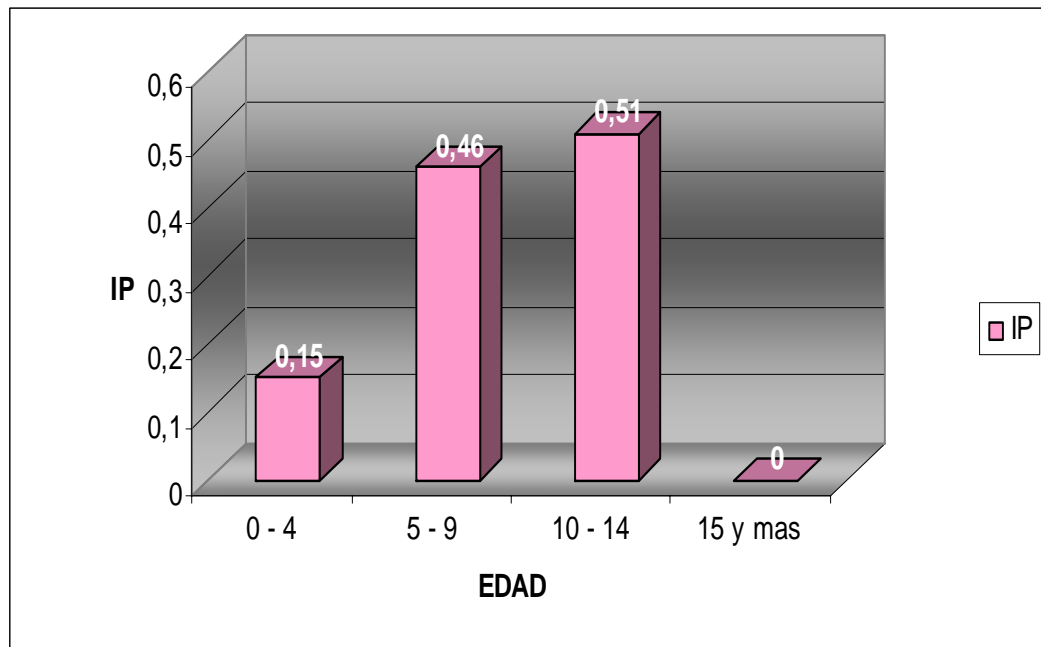
INDICADOR: IP

EDAD	N	IP
0 - 4	10	0,15
5 - 9	83	0,46
10 - 14	28	0,51
15 y mas	0	-

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N° 4

INDICE PERIODONTAL DE RUSSEL (IP) según edad en población que asiste al Área de Odontopediatría II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 4

En lo que respecta al IP según la edad en la población estudiada, se pudo observar el índice mas elevado 0,51 se ubico en el grupo etario 10 a 14 años y el menor valor estuvo representado entre las edades de 0 - 4 con un IP de 0,15, comparando estos resultados con un estudio realizado a cargo del Ministerio de Sanidad Asistencia Social “Estudio para la planificación integral de la odontología P.I.O (1967-1969) y Fundacredesa – Proyecto Venezuela (1981–1987). Los resultados del I.P obtenidos por P.I.O en un grupo de personas de 7 - 14 años fue de 0.19, siendo este un valor menor

significativamente con respecto al del presente estudio. Los resultados obtenidos por Fundacredesa en cuanto al I.P en un grupo de personas de 7- 14 años relevaron que el IP fue de 0,29 encontrándose también por debajo de las cifras obtenidas en la presente investigación.

CUADRO N° 5

INDICE PERIODONTAL DE RUSSEL (IP) distribuido según el sexo en la población que asiste al Área de Odontopediatría II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Sexo.

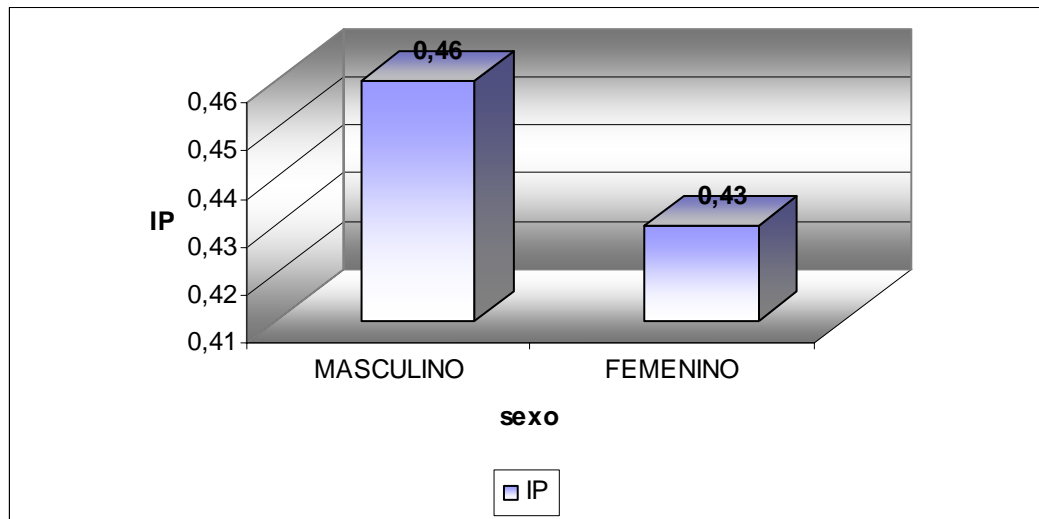
INDICADOR: IP

SEXO	n	IP
MASCULINO	72	0,46
FEMENINO	49	0,43

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N º5

INDICE PERIODONTAL DE RUSSEL (IP) distribuido según el sexo en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N º 5

El IP según el sexo no mostró diferencia significativa; observándose así para el sexo masculino un valor de 0,46; siendo este ligeramente mayor que el sexo femenino que tuvo un valor de 0,43.

De acuerdo con el estudio realizado por Lapenta y Orozco en 1993, el IP obtenido fue de 0,30 para el sexo masculino y 0,29 para el sexo Femenino, encontrándose semejanza con los resultados presentes en este estudio, siendo el sexo masculino el de mayor valor.

CUADRO N° 6

En relación con el objetivo N° 3: “Evaluar la frecuencia de la enfermedad periodontal en los pacientes objeto de estudio”, cuyo resultado es el siguiente:

Distribución porcentual de la Enfermedad Periodontal en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Estado de los tejidos periodontales

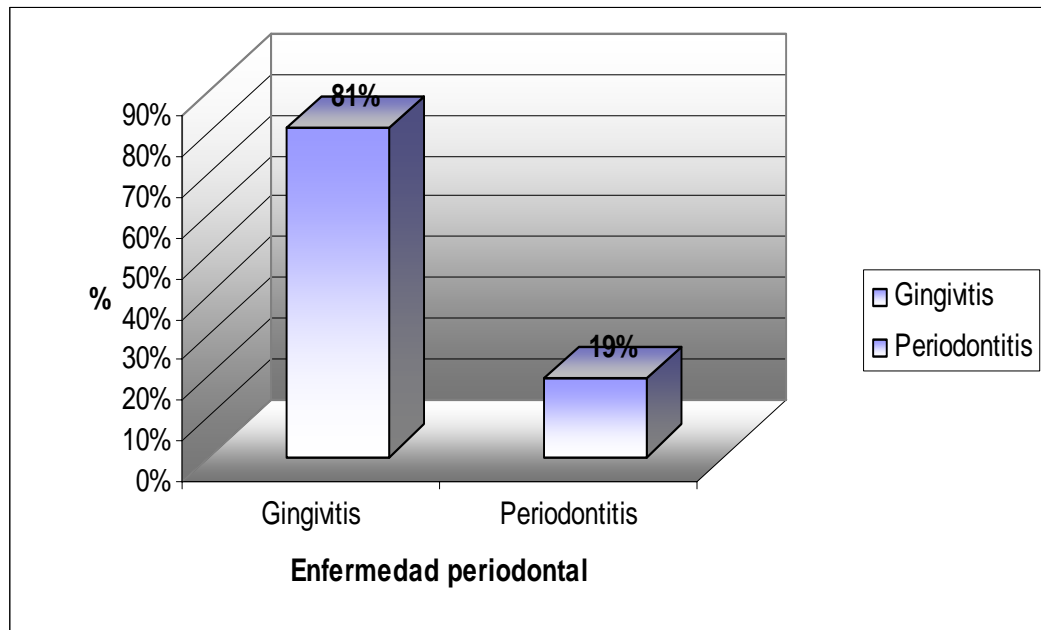
INDICADOR: IP

ENFERMEDAD PERIODONTAL	N	F	%
Gingivitis	55	55	80,88
Periodontitis	13	13	19,12
TOTAL	68	68	100,00

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N° 6

Distribución porcentual de la Enfermedad Periodontal en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 6

Este cuadro se refiere a la distribución porcentual de los casos de enfermedad periodontal, clasificada como Gingivitis y Periodontitis según, los criterios del Índice Periodontal de Russell siendo la enfermedad periodontal de mayor prevalencia la “Gingivitis” con un 81% y en un segundo lugar la “Periodontitis” con un 19%, cabe destacar que en este cuadro fueron excluidos los pacientes con tejido de soporte sano razón por la cual la muestra total es menor de 12.

De acuerdo a estos resultados se comparo con el estudio realizado por Perry y Newman, para el año 1990 en donde se evaluó la presencia de periodontitis en 307

estudiantes negros, hispanos y asiáticos con edades entre los 12 y 15 años en una escuela de los Ángeles. Treinta y nueve de ellos (12.7%) presentaron periodontitis dichos resultados concuerdan con la presente investigación presentándose en ambos casos un porcentaje bajo de prevalencia de “Periodontitis”.

CUADRO N° 7

En relación con el objetivo específico N° 4 propuesto por esta investigación en el cual se desea “Conocer la frecuencia de los estadios clínicos de los tejidos periodontales según la edad y sexo en los pacientes objeto de estudio”. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Distribución de los estadios clínicos de los tejidos periodontales según los criterios del IP de acuerdo a la edad en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Estado de los tejidos periodontales.

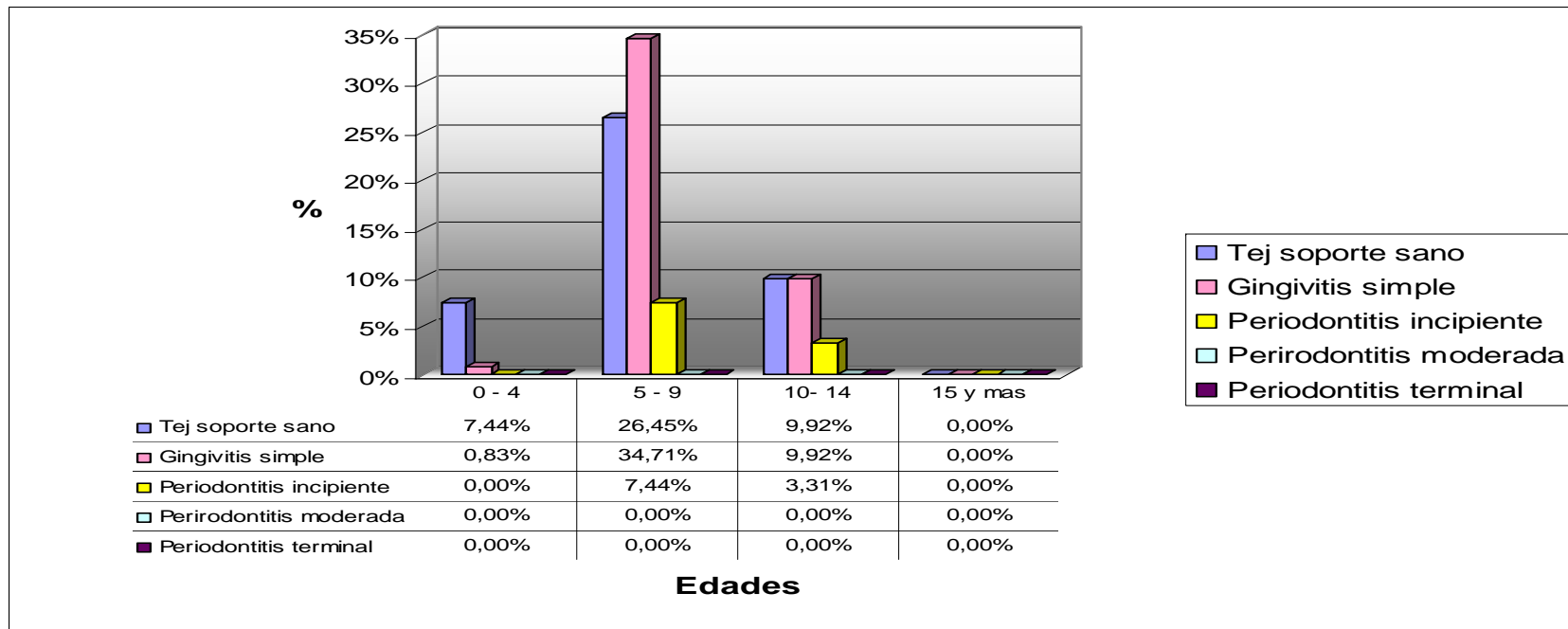
INDICADOR: IP (edad)

EP/ EDAD	N	Tej. de soporte sano	Total %	Gingivitis		Periodontitis										
				Gingivitis Simple	Total %	Period. Incipiente	%	Period. Moderada	%	Period. Terminal	%	Total Period	%	Total de Pacts	% Total de pacts	
0 – 4	10	9	7,44	1	0,83	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	10	8,26
5 – 9	83	32	26,4	42	34,71	9	7,44	0	0	0	0	9	19,8	83	68,6	
10- 14	28	12	9,92	12	9,92	4	3,31	0	0	0	0	4	8,8	28	23,14	
15 y mas	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	121	53	43,8	55	45,45	13	10,74	0	0	0	0	13	56,2	121	100	

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N° 7

Distribución de los estadios clínicos de los tejidos periodontales según los criterios del IP de acuerdo a la edad en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 7

Este cuadro se refiere a la distribución de los estadios clínicos de los tejidos periodontales utilizando los criterios de Russell; según los grupos de edad de la población objeto de estudio. Expresado en valores porcentuales.

Del total de casos de tejido de soporte sano la mayor prevalencia corresponde a los pacientes de 5 a 9 años (26,4%), mientras que el menor valor se encontró en los pacientes de 10 a 14 años de edad (9,92%).

En cuanto a los casos de Gingivitis simple el mayor porcentaje se observó en el grupo de 5 a 9 años de edad con un porcentaje de 34,71% y el menor valor estuvo representado por los pacientes de 0 a 4 años de edad (0,83%), estos resultados concuerdan con lo que refiere Todd y Dodd en donde destacan que el trastorno estuvo presente en 18% de los niños de cinco años de edad, 40% de los siete años, y de acuerdo a esto se concluye que el mayor porcentaje de afectados se encontró en el grupo de 5 a 7 años de edad, mientras que 54% de los niños de 11 años y 49% de los adolescentes de 15 años de edad presentaban gingivitis resultado contrario al de la presente investigación.

Referente a los casos de “Periodontitis” registrados, la mayor prevalencia corresponde a la “Periodontitis Incipiente” en los pacientes de 5 a 9 años (7,44%), mientras que en los pacientes de 10 a 14 años se encontró un valor de 3,31%. Es de hacer notar que no se encontraron pacientes de ningún grupo etario que presentaran “Periodontitis Moderada” y “Periodontitis Terminal”, datos que no concuerdan con el grupo de edad de mayor prevalencia en los estudios realizados por Gómez Santos y cols, 1998 en donde destacan la prevalencia global de alteraciones periodontales en escolares de 7 años, de 72,57%, correspondiendo 68,66% a formas leves (sangrado) y 3,91% a formas más graves, con depósito de cálculo. Estas cifras son superiores a las obtenidas para el conjunto de España que fue de 67,6%.

CUADRO N° 8

Distribución de los Estadios clínicos de los Tejidos Periodontales según los criterios del IP de acuerdo al sexo en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Estado de los tejidos periodontales.

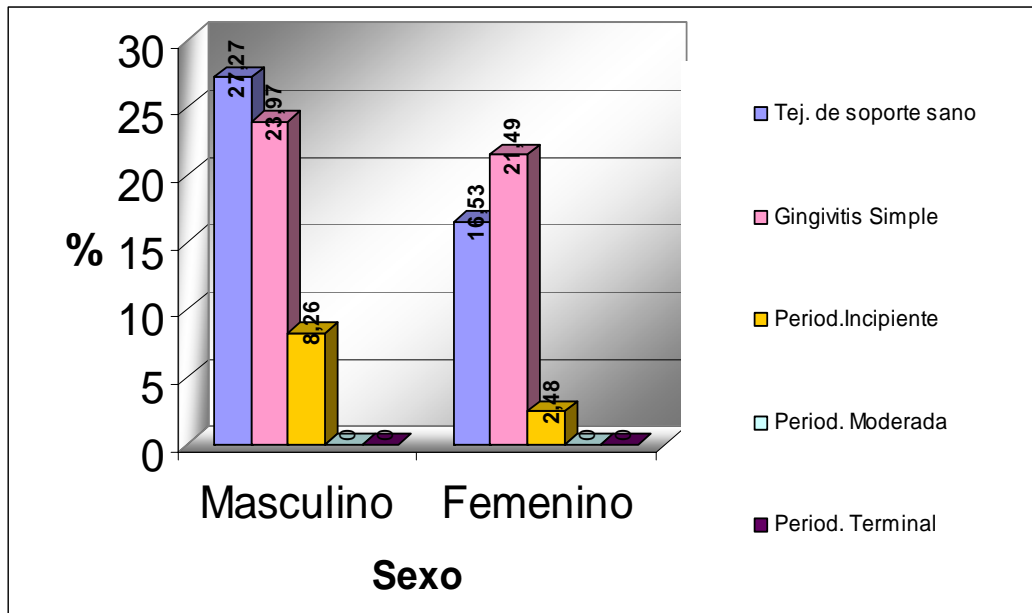
INDICADOR: IP (sexo)

EP/ SEXO	N	Tej. de soporte sano	Total %	Gingivitis		Periodontitis									
				Gingivitis Simple	Total %	Period. Incipiente	%	Period. Moderada	%	Period. Terminal	%	Total Period	%	Total de Pacts	% total de pacts
Masculino	72	33	27,27	29	23,97	10	8,26	0	0	0	0,00	10	8,26	72	59,50
Femenino	49	20	16,53	26	21,49	3	2,48	0	0	0	0,00	3	2,48	49	40,50
Total	121	53	43,80	55	45,45	13	10,74	0	0	0	0,00	13	10,74	121	100,00

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N° 8

Distribución de los Estadios clínicos de los Tejidos Periodontales según los criterios del IP de acuerdo al sexo en la población que asiste al Área de Odontopediatría II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 8

Este cuadro representa la enfermedad periodontal según la clasificación del Índice Periodontal de Russell, por sexo. Expresado en valores absolutos y porcentuales.

Del total de casos de enfermedad periodontal, la mayor prevalencia se encuentra representada por el sexo “Masculino”.

En cuanto al tejido de soporte sano la mayor prevalencia estuvo representada por el sexo Masculino (27, 27%) mientras que el sexo femenino revelo un valor de 16,53%.

En relación a la “Gingivitis Simple”, se presento 23,97% para el sexo masculino siendo este grupo el de mayor prevalencia, mientras que el sexo femenino presento un valor de 21,49%.

De igual manera las periodontitis tuvieron mayor prevalencia en el sexo masculino, siendo la “Periodontitis Incipiente” la que reporta mayor prevalencia (8,26%) en el sexo Masculino y 2,48% para el sexo femenino, en cuanto a la “Periodontitis Moderada” y “Periodontitis Terminal” no se reportaron casos de ambas.

De acuerdo a estos resultados se ha demostrado que la mayor prevalencia de las enfermedades periodontales se encuentra en el sexo masculino en la población que asistió al área de odontopediatria II de la UCFO, datos que concuerdan con el estudio de prevalencia de la enfermedad periodontal, realizado por Hernández y cols en Yucatán (México) en 1997 en donde se encontró una prevalencia de la enfermedad periodontal de 61.01%, 59, 87% para el sexo femenino y 62, 32% para el sexo masculino.

CUADRO N° 9

Distribución de la Frecuencia de Los estadios Clínicos de los Tejidos Periodontales según los criterios del IP en la población que asiste al Área de Odontopediatría II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Estado de los tejidos periodontales

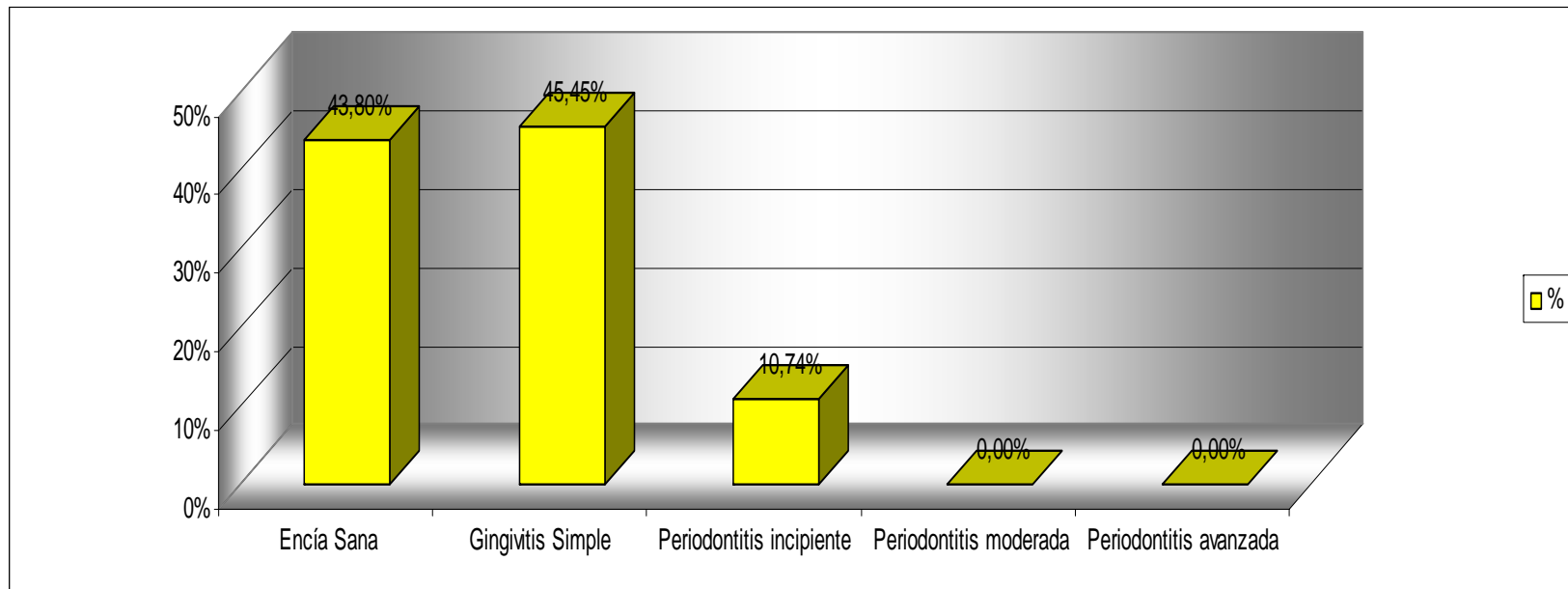
INDICADOR: IP

<i>ESTADIOS CLINICOS DE LOS TEJIDOS PERIODONTALES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Encía Sana	53	43,80
Gingivitis Simple	55	45,45
Total de gingivitis	55	45,45
Periodontitis incipiente	13	10,74
Periodontitis moderada	0	0,00
Enfermedad periodontal avanzada	0	0,00
Total de periodontitis	13	10,74
<i>TOTAL DE ENFERMEDAD PERIODONTAL</i>	<i>121</i>	<i>100,00</i>

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N° 9

Distribución de la Frecuencia de los Estadios Clínicos de los tejidos Periodontales según los criterios del IP en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N º 9

En este cuadro se presenta la distribución porcentual de los Estadios Clínicos de los tejidos periodontales según los criterios de Russell, en el total de personas objeto de estudio (121), el tejido de soporte sano representa un 43,80%, la “Gingivitis Simple” representa un 45,45%, siendo esta la de mayor prevalencia y las “Periodontitis” representa un 10,74%.

Del total de casos de “Periodontitis”, la mayor prevalencia está representada por la “Periodontitis Incipiente” con un 10,74%. Es de hacer notar, que no se registraron casos de Periodontitis Moderada, ni de Periodontitis Avanzada.

En la muestra objeto de estudio dichos resultados no concuerdan con lo expresado por López y cols en Bogotá, Colombia (1998) en donde se buscó identificar la tendencia de aparición de enfermedad periodontal. Los resultados obtenidos fueron analizados por medio de estadística descriptiva. Se concluyó que 100% de la muestra presentó algún tipo de enfermedad periodontal.

CUADRO N° 10

En relación al objetivo N° 5 de la presente investigación dirigido a “Establecer la relación entre el IHOS y la Enfermedad periodontal en los pacientes sujetos de investigación”. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Distribución de la Frecuencia de los Estadios Clínicos de los Tejidos Periodontales según los criterios del IP de acuerdo al IHOS en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.

DIMENSION: Estado de los tejidos periodontales.

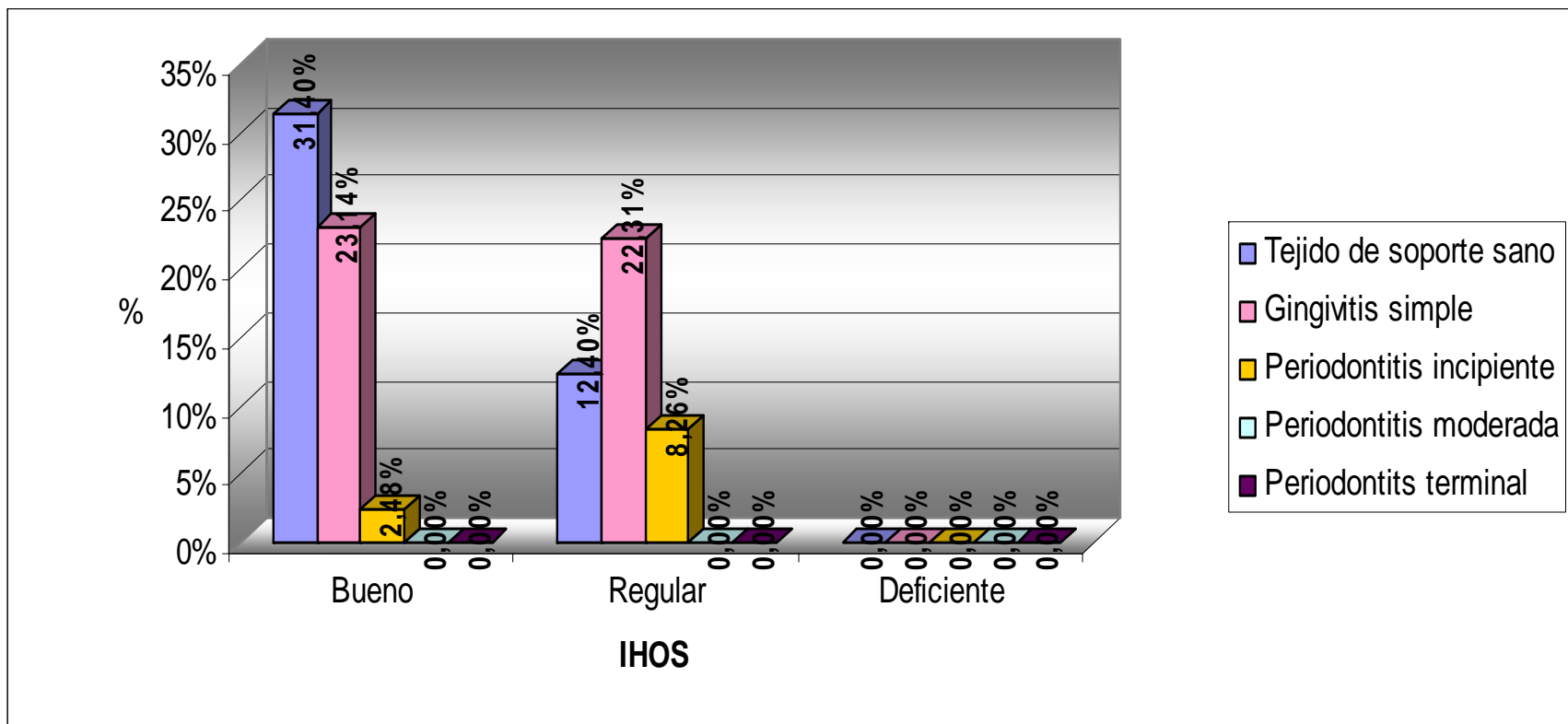
INDICADOR: IHOS.

EP/ IHOS	N	Tej. de soporte sano	Total %	Gingivitis		Periodontitis									
				Gingivitis Simple	Total %	Period.Incipiente	%	Period. Modera	%	Period. Terminal	%	Total Period	%	Total de Pacts	% total de pacts
Bueno	69	38	31,40%	28	23,14%	3	2,48%	0	0,00%	0	0,00%	3	2,48%	69	57,02%
Regular	52	15	12,40%	27	22,31%	10	8,26%	0	0,00%	0	0,00%	10	8,26%	52	42,98%
Deficiente	0	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	121	53	43,80%	55	45,45%	13	10,74%	0	0,00%	0	0,00%	13	10,74%	121	100,00%

Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

GRAFICO N° 10

Distribución de la Frecuencia de los Estadios Clínicos de los Tejidos Periodontales según los criterios del IP de acuerdo al IHOS en la población que asiste al Área de Odontopediatria II Centro de Medicina Integral Ambulatorio “El Consejo”. Municipio Miguel Peña Estado. Carabobo. Febrero 2004 – Abril 2004.



Fuente: Mazzei y Montilla (2004).

ANALISIS E INTERPRETACION DEL CUADRO Y GRAFICO N° 10

Este cuadro presenta la enfermedad periodontal de acuerdo a la clasificación del Índice Periodontal de Russell, distribuyendo los casos según el nivel de Higiene Bucal de los individuos objeto de estudio utilizando para ello el Índice de Higiene Oral Simplificado.

Al relacionar la variable Estados de los Tejidos Periodontales con el nivel de Higiene Bucal la investigación reflejó que la mayor frecuencia de casos de “Periodontitis” está asociada a un nivel de Higiene Bucal “Regular” (8,26%). Para los casos de “Gingivitis” la mayor frecuencia están asociados con un nivel de Higiene Bucal “Bueno” (23,14%). El valor más alto se encuentra en los pacientes de tejido de soporte sano con un nivel de Higiene Bucal “Bueno” de 31,40%.

En cuanto a los casos de Gingivitis Simple el mayor valor estuvo asociado con un nivel de higiene bucal “Bueno” con un valor de 23,14% no encontrando notable diferencia con respecto al Higiene Bucal “Regular” (22,31).

Con respecto a las Periodontitis se presentó un 8,26% de casos de “Periodontitis Incipientes” con un nivel de Higiene Bucal “Regular” mientras que el menor porcentaje se encontró en el nivel de Higiene Bucal “Bueno” (2,48%). Cabe destacar que no se revelaron casos de Periodontitis Moderada y Terminal.

En cuanto al Índice de Higiene Oral “Deficiente” No se reportó ningún caso.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se logró determinar la prevalencia de la “enfermedad periodontal” en los pacientes que asistieron al área de Odontopediatria II de la F.O.U.C, quedando en evidencia que las lesiones gingivales son de mayor frecuencia en la población infantil que asiste a dicha área con respecto a las periodontitis.

De igual forma se constató que existen pocas diferencias entre las lesiones gingivales con respecto al sexo.

En relación con el Nivel de Higiene Oral según el IHOS se concluye que:

- El nivel de IHOS según la edad mas elevado se encontró en la edad comprendida entre 5 a 9 años de edad sin encontrarse mucha diferencia con respecto a las otras edades y encontrándose en un nivel de IHOS bueno.
- Con respecto al sexo el mayor valor se encontró en el sexo femenino con 1,16 de IHOS encontrándose en nivel de Higiene Bucal Bueno.

En cuanto a los criterios del IP se concluye que:

- Con respecto a la edad la mayor frecuencia se encontró en los pacientes en edades comprendidas entre 10-14 años con un valor de 0,51(IP).
- Con respecto al sexo el mayor valor se encontró en el sexo masculino (0,46 IP)

En cuanto a la prevalencia de la Enfermedad Periodontal de acuerdo a los criterios del IP con respecto a edad y sexo, se concluye que:

- Se apreció que hubo mayor prevalencia de gingivitis con respecto a las periodontitis.
- Dentro de las Periodontitis, la de mayor frecuencia es la “Periodontitis Incipiente” con un 10,74 %, mientras que la Periodontitis Moderada y Terminal no presentaron ningún tipo de relevancia.
- Con respecto a la edad el grupo que se encontró más afectado fue el grupo de 5 a 9 años presentando 34,71 % “Gingivitis Simple” y 7,44 % “Periodontitis Incipiente”

- De acuerdo al sexo la mayor prevalencia se encontró en el sexo masculino con un 59,50 %, siendo el “Tejido de soporte sano” el que representa la mayor prevalencia 27,27%, luego se tiene la “Gingivitis Simple” con un 23,97% y encontrándose la menor prevalencia en la “Periodontitis Incipiente” con 8,26%

Al estudiar los estadios clínicos de los tejidos periodontales la de acuerdo a los criterios del IP con respecto al nivel de higiene bucal utilizando el Índice de Higiene Oral Simplificado, se concluye

- Se observó mayor frecuencia en el nivel de Higiene Bucal “Bueno” en los casos de “Tejido de Soporte Sano” (31,40%) y “Gingivitis Simple” (23,14%), en cuanto a las “Periodontitis Incipientes” se encontró un Nivel de Higiene Oral “Regular” (8,26%), y con respecto a la Higiene Oral Deficiente no se registraron datos.

Se apreció que la lesiones periodontales (Gingivitis) encontradas se deben a las exigencias del servicio, grupo etareo seleccionado, y objetivos a cumplir fijados.

RECOMENDACIONES

Luego de la aplicación de los índices epidemiológicos IHOS e IP que han sido utilizados ampliamente durante muchos años a nivel mundial y luego de analizar los resultados de la presente investigación nacen diferentes inquietudes con el fin de mejorar el estado de salud bucodental de los pacientes que acuden a las diferentes áreas clínicas de la F.O.U.C, en especial en los servicios de Odontopediatria.

- Motivar, educar e instruir a los pacientes de la FOUC en mantener una buena higiene bucal con el fin que este sea el objetivo de mayor importancia, para reforzar las fases de prevención primaria en salud bucal.
- Diseñar y aplicar un programa educativo orientado a los padres y representantes de los pacientes que asisten al área de odontopediatria, que permita mejorar la motivación en ellos para que acudan a recibir el tratamiento indicado para el logro de su salud integral. De esta manera se evitaría perdidas de recursos y tiempo, ya que en muchos casos los pacientes acuden hacerse un diagnostico y luego no siguen o culminan el tratamiento.
- Incluir un índice de placa en las historias clínicas (IHOS, o'leary) y evaluar los tejidos periodontales en todos los pacientes que asistan al área de odontopediatria II, para poder establecer un diagnostico y tratamiento adecuado con el fin de prevenir enfermedades periodontales.
- Diseñar y aplicar estrategias de atención en salud acorde con las necesidades de la población que asiste al servicio, logrando una atención óptima.
- Difundir la información obtenida en esta investigación a los organismos competentes con el objeto de que esta sea un insumo para la planificación de las nuevas políticas y planes de salud bucal en la región, orientadas a controlar y disminuir la incidencia de la enfermedad periodontal en la población, así como las actividades orientadas al tratamiento de la enfermedad.
- Proseguir la línea de investigación en las diferentes áreas de Odontopediatria, lo cual permitirá globalizar la información acerca de prevalencia de la enfermedad periodontal en la FOUC.

La salud bucal de la población debe ser el resultado de una adecuada red de factores biológicos, sociales, económicos y culturales; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de cada uno de estos y en el manejo de la prevención integral para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento de cavidad bucal.

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre J (1982). **Odontopediatria. Documentos Básicos.**
- Aguirre J (1976). **Necesidades de salud oral en niños de 6 -14 en el grupo escolar “Manuel Alcázar”. Barrio El Consejo. Edo – Carabobo.**
- Alveza M, Tamez T, Ramos E, Cantú P (2002) **Consumo de fibra alimenticia y su Relación con la Enfermedad Periodontal en Escolares.** Nuevo León –México. Documento en línea disponible:
<http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iv/4/articulos/fib-gingi.htm>
- Carlos A, Sierra M (1994) **Estrategias para Elaboración de un Proyecto de Investigación.** Maracay – Venezuela. Insertes Médicos de Venezuela C.A
- Carranza, Fermín (1986). **Periodontología Clínica de Glickman.** 6ª Edición. México: Editorial Panamericana.
- Carranza, Fermín (1997). **Periodontología Clínica de Glickman.** 8º Edición. México: Editorial Panamericana.
- Carranza, Fermín (2003). **Periodontología Clínica de Glickman.** 9º Edición. México: Editorial Panamericana.
- Castillo M, (2002) **Más del 50% de españoles sufre alguna enfermedad periodontal.** Documento en línea:
<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,245483,00.html>
- Dávila La Cruz M (2000). **Salud oral de los trabajadores agrícolas y sus familiares del Valle de Quibor.** Documento en línea disponible: biomed.ucla.edu/ve/cgi-win/be_alex.exe/index2.htm
- Enfermedad Periodontal en los Niños. Documento en línea:
http://geosalud.com/saluddental/periodontal_ni%F1os.htm
- Press E. **Más de la mitad de los españoles sufre algún tipo de enfermedad periodontal.** Documento en línea disponible:
<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,387477,00.html>
- Gomez de Ferraris; Campos Muñoz (1999) **Histología y Embriología Bucodentaria.** Madrid-España. Editorial Panamericana.
- Gonzalez M, Toledo B, Nazco C. (2002) **Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados.** Documento en línea disponible:
http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est06302.htm

- Hansen y cols. (1984) . Documento en línea:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_1_03/est09103.htm
- Hernandez y cols (1997). Enfermedad periodontal. Documento en línea:
http://www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/psc02/psc02_2g.htm
- Hernández Sampieri R.; C. Fernández Collado; Lucio Baptista P. (1994). **Metodología de la Investigación**. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de CV.
- Higashida (2000). **Odontología Preventiva**. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana de México.
- Koch; Moldeer; Poulsen; Rasmussen (1994). **Odontopediatria Enfoque Clínico**. México: Editorial Panamericana.
- Lapenta L, Orozco G (1993). **“Prevalencia de la Enfermedad Periodontal en niños acuden al servicio de Odontopediatria I de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo”**
- Lauzardo G, Gutiérrez Hernández M, Robledo Fernández M (2002) **Control de Higiene bucal en pacientes geriátricos portadores de sobredentaduras**. La Habana Cuba. Rev Cubana Estomatol. Documento en línea:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est07302.htm
- Lemus I, García O, Toledo B (2000). **Labor de los estomatólogos generales para prevenir las Periodontopatías**. Documento en línea:
<http://capiro.vcl.sld.cu/medicentro/V4n200/LABOR.htm>
- Lennon y Davies, (1974). Documento en línea:
<http://www.geodental.net/artic-6951-esp-4.html>
- Lindhe, Jan (1986). **Periodontología Clínica**. 1ª. Edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Malpica, E (1993). **Estudio Comparativo de condicion de Salud Bucal entre la población escolar de institutos de educación especial. Barbula Edo- Carabobo**.
- Martínez Navarro (1998) **Salud Publica**. Madrid España McGraw-Hill Interamericana.
- Melvin y cols (1991) La enfermedad periodontal . Documento en línea:
http://www.encolombia.com/osteoporosis1_meno5-1.htm
- Mc. Donalds; Avery (1993). **Odontología Pediátrica**. Mexico: Editorial Panamericana
- Méndez Castellanos y colaboradores, (1995).**Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la Republica de Venezuela. Proyecto Venezuela**.

Centro de estudios sobre crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana.
Fundacredesa. Caracas-Venezuela

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (M.S.A.S. 1972). **Estudio para la Planificación Integral de la Odontología. (P.I.O.)** Oficina Sanitaria-Panamericana. Departamento de Odontología.

Moreno Altamirano (1994). **Epidemiología Clínica.** McGraw Hill Interamericana.

Narvaez J, Pardo B, Rincón J. **Tendencia de enfermedad periodontal en jóvenes entre 13 y 17 años.** Documento en línea disponible:
<http://www.encolombia.com/odontologia/investigaciones/tendenciadeenferm.htm>

Pérez A (2002) **Guía Metodologica para anteproyectos de Investigación.** Fedupel

Perry y Newman (1990) La enfermedad periodontal juvenil. Documento en línea:
<http://sameens.dia.uned.es/Trabajos/S8-14a/BPineiro/estudio.htm>

Salud Bucodental (1994) Documento en línea disponible:
http://www.encolombia.com/osteoporosis1_meno5-1.htm

Santa Paella Stracuzzi; Feliberto Martias (2003) **Metodología de la Investigación Cuantitativa.** Fedupel.

Saxby (1987) Enfermedad Periodontal en los Niños. Documento en línea
http://geosalud.com/saluddental/periodontal_ni%F1os.htm

Todd; Dood (1983) La Salud Dental de los Niños. Documento en línea:
<http://www.perio.org/consumer/children.sp.htm>

Univesidad Central de Venezuela (1996) **Conceptos básicos en Odontología Pediátrica.** Caracas – Venezuela. Disinlimed C.A.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

FORMATO PARA VALIDAR INSTRUMENTO A TRAVES DE JUICIOS DE EXPERTOS

A continuación se le presenta una serie de categorías para validarlos ítems que conforman este instrumento, en cuanto a crítico, pertinencia, coherencia y claridad. Para ello, se presenta una escala de cuatro alternativas para que usted seleccione la que considere correcta.

Experto: _____

Especialidad: _____

Escala: A (Muy Bueno) B (Bueno) C (Regular) D (Deficiente)

<i>ITEMS</i>	<i>CRITERIO</i>	<i>PERTINENCIA</i>	<i>COHERENCIA</i>	<i>CLARIDAD</i>

JUICIO DEL EXPERTO:

- *El instrumento es pertinente según los objetivos planteados:* _____

- *Los ítems están claramente definidos según las variables descritas en el estudio:* _____

- *Observaciones generales:* _____

- *Según su criterio el instrumento se considera:*

Firma

Fecha:

Ficha de Datos

Fecha: _____
 Turno: _____

de Historia: _____

I) Datos Personales:

Nombre y Apellidos: _____
 Dirección: _____
 Tlf: _____

Sexo: F _____ M _____

Edad:
 De 0 a 4 años: _____
 De 5 a 9 años: _____
 De 10 a 14 años: _____
 De 15 años y mas: _____

II) Parte A:

I.H.O.S Índice de Higiene Oral Simplificado

Índice de Materia Alba

16	11	26

46 31 36

IMA: _____

Índice de Calculo

16	11	26

46 31 36

IC: _____

I.H.O.S: _____

Higiene bucal : Bueno _____
 Regular _____
 Deficiente _____

III) Parte B:

IP

Indice Periodontal de Russell

Superior	VESTIBULAR	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	Profundidad del sondeo																
	Indice periodontal																

Superior	PALATINO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	Profundidad del sondeo																
	Indice periodontal																

Inferior	Indice periodontal																
	Profundidad del sondeo																
	VESTIBULAR	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Inferior	Indice periodontal																
	Profundidad del sondeo																
	LINGUAL	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

IP: _____

Diagnóstico Periodontal: Gingivitis: _____
 Periodontitis: _____

