

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS- ODONTOLOGÍA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

**Evaluación Del Tratamiento Periodontal En Pacientes Atendidos En La
Clínica UCSG En Semestre A-2014.**

AUTORA

Murrieta Narváez , Karen Lyanne

TUTORA:

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado

Guayaquil, Ecuador

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Karen Lyanne Murrieta Narváez**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Odontólogo**

TUTOR (A)

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dr. Juan Carlos Gallardo Bastidas

Guayaquil, a los 16 días del mes de Marzo del año 2015.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Karen Lyanne Murrieta Narváez

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Evaluación Del Tratamiento Periodontal En Pacientes Atendidos En La Clínica UCSG En Semestre A-2014**. Previa a la obtención del Título **de Odontólogo**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Marzo del año 2015.

EL AUTOR (A)

Karen Lyanne Murrieta Narváez



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, Karen Lyanne Murrieta Narváez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Evaluación Del Tratamiento Periodontal En Pacientes Atendidos En La Clínica UCSG En Semestre A-2014.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 16 días del mes de Marzo del año 2015.

LA AUTORA:

Karen Lyanne Murrieta Narváez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fé para creer lo que me parecía imposible terminar.

Me gustaría reconocer la gran contribución del Dr. Juan Carlos Gallardo por haberme proporcionado el lugar de investigación y la muestra del estudio, sin su ayuda mi estudio no hubiera sido posible.

Un agradecimiento de forma especial y sincera a la Dra. Geoconda Luzardo, por su tiempo, apoyo y confianza en cada paso para la realización de mi investigación, y así poder culminarlo con éxito, no solo en el desarrollo de este trabajo, sino también en mi formación a nivel académico.

A la Dra. Angélica Terreros y el Dr. Gíafart Barquet por su guía para realizar la metodología de este trabajo.

Karen Murrieta

DEDICATORIA

Con todas las fuerzas de mi corazón este trabajo es dedicado de forma especial:

A mis abuelitos por su ayuda incondicional y a través de sus consejos, enseñanzas y amor transmitirme siempre el mejor ejemplo.

A mis padres por ser el pilar fundamental en el transcurso de mi etapa universitaria, ya que con su amor, apoyo y guía pude lograr con éxito la culminación de mi carrera.

A mi familia en general porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

A mis amigas y ya colegas, me siento afortunada son las mejores sinceras, incondicionales y alegres pero sobre todo por acompañarme en mi trayectoria universitaria y así juntas lograr este objetivo, ser unas profesionales.

Karen Murrieta



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado
PROFESOR GUÍA O TUTOR

PROFESOR DELEGADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA ODONTOLOGÍA

CALIFICACIÓN

Dra. Geoconda María Luzardo Jurado
PROFESOR GUÍA O TUTOR

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VII
CALIFICACIÓN	VIII
ÍNDICE GENERAL	IX
ÍNDICE FIGURA	XII
ÍNDICE CUADROS	XIII
ÍNDICE GRÁFICOS	XVI
ÍNDICE ANEXOS	XIX
RESUMEN	XX
SUMMARY	XXI
1.- INTRODUCCIÓN	20
1.1.- JUSTIFICACIÓN	21
1.2.- OBJETIVOS	21
1.2.1.- OBJETIVO GENERAL	21
1.2.2.- OBJETIVO ESPECÍFICO	23
1.3.- HIPÓTESIS	23
1.4.- VARIABLES	23

2.- MARCO TEÓRICO	25
2.1. ENFERMEDAD PERIODONTAL	25
2.1.1. DEFINICIÓN	25
2.1.2. AGENTE ETIOLÓGICO	26
2.1.3. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	27
2.1.3.1. GINGIVITIS	28
2.1.3.2. GINGIVITIS ASOCIADO A PLACA	28
2.1.3.3. GINGIVITIS NO ASOCIADO A PLACA	28
2.1.3.4. PERIODONTITIS	29
2.1.3.5. PERIODONTITIS CRÓNICA	30
2.1.3.6. PERIODONTITIS AGRESIVA	30
2.1.4. FACTORES DE RIESGO	31
2.2. PLAN DE TRATAMIENTO	32
2.2.1 FASE PRELIMINAR	32
2.2.2. FASE I	32
2.2.2.1. PROCEDIMIENTO EN FASE I	33
2.2.3. EVALUACIÓN DE LA FASE I	34
2.2.4. FASE II	34
2.2.5. FASE III	34
2.2.6. FASE DE MANTENIMIENTO	34
2.2.6.1. PROCEDIMIENTOS DEL MANTENIMIENTO PERIODONTAL	35

2.2.7. DIAGNÓSTICO PERIODONTAL POSTRATAMIENTO	38
2.2.8. REGISTRO DE CONTROL DE PLACA	38
2.2.9. MEDIDAS DE USO PARA HIGIENE ORAL	39
2.2.10. FRECUENCIA DEL MANTENIMIENTO PERIODONTAL	41
2.2.11. RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD POSTRATAMIENTO PERIODONTAL	41
3. METODOLOGÍA	42
3.1. MATERIALES	42
3.1.1. LUGAR DE INVESTIGACIÓN	42
3.1.2. PERÍODO DE INVESTIGACIÓN	43
3.1.3. RECURSOS EMPLEADOS	43
3.1.3.1. RECURSOS HUMANOS	43
3.1.3.2. RECURSOS FÍSICOS	43
3.1.4. UNIVERSO	44
3.1.5. MUESTRA	44
3.1.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	44
3.1.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
4. MÉTODOS	45
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	45
4.2.1. PROCEDIMIENTO	45

5. RESULTADOS	46
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
6.1. CONCLUSIONES	57
6.2. RECOMENDACIONES	58
7. BIBLIOGRAFÍA	59
8. ANEXOS	62

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N.1.	
ENFERMEDAD PERIODONTAL.	26
FIGURA N.2.	
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.	28
FIGURA N.3.	
GINGIVITIS.	29
FIGURA N.4.	
GINGIVITIS ASOCIADO A PLACA DENTAL.	29
FIGURA N.5.	
GINGIVITIS NO ASOCIADA A PLACA DENTAL.	30
FIGURA N.6.	
PERIODONTITIS.	30
FIGURA N.7.	
PERIODONTITIS CRÓNICA.	31
FIGURA N.8.	
PERIODONTITIS AGRESIVA.	32
FIGURA N.9.	
PASOS DE LAS FASES DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL.	33
FIGURA N.10.	
PROFUNDIDAD DE SONDAJE.	34

FIGURA N.11.	
POSICIÓN DEL MARGEN GINGIVAL.	38
FIGURA N.12.	
NIVEL DE INSERCIÓN CLÍNICA.	38
FIGURA N.13.	
CONTROL DE PLACA. ÍNDICE DE O'LEARY	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES POR EDAD.	46
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES POR GÉNERO.	47
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES POR TÉCNICA DE HIGIENE ORAL.	48
GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES POR CONTROL DE PLACA.	49
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES POR DIAGNÓSTICO PERIODONTAL PREVIO.	50

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N.1. RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y DIAGNÓSTICO PERIODONTAL POSTRATAMIENTO.	54
CUADRON.2. RELACIÓN ENTRE EDAD Y DIAGNÓSTICO PERIODONTAL POSTRATAMIENTO.	55
CUADRO N.3.RELACIÓN ENTRE CONTROL DE PLACA Y DIAGNÓSTICO PERIODONTAL POSTRATAMIENTO.	56
CUADRO N.4. RELACIÓN ENTRE RECURRENCIA Y DIAGNÓSTICO PERIODONTAL.	57
GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES POR DIAGNÓSTICO PERIODONTAL POSTRATAMIENTO.	51
GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MUESTRA DE PACIENTES POR RECURRENCIA POSTRATAMIENTO PERIODONTAL.	52

ÍNDICE ANEXOS

NO. 1.- HOJA DE REGISTRO DE DATOS	63
NO. 2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
NO. 3.- TABLA MADRE ESTADÍSTICA	68

RESUMEN

Problema: La mala higiene oral es un importante problema de salud, considerado como factor de riesgo para varias enfermedades a nivel sistémico e inflamatorias, dentro de las cuales se hallan las patologías periodontales, que se ocasionan por problemas multifactoriales con un principal agente causal que es la placa bacteriana, se considera a la mala higiene oral como un agravante para la enfermedad periodontal, que modifica la respuesta de los tejidos provocando cambios en la encía, favoreciendo a la acumulación de placa bacteriana y por ende la enfermedad periodontal. **Propósito:** Evaluar la eficiencia del tratamiento periodontal en pacientes atendidos después de 5 meses, de haber concluido el tratamiento en la clínica odontológica de la UCSG. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio analítico, descriptivo y transversal de una muestra de 100 pacientes en rango de edad entre 20 a 50 años de ambos géneros, para lo cual se tomaron todos pacientes con tratamiento periodontal previo en la clínica odontológica de la Universidad Católica De Santiago de Guayaquil. **Resultados:** Se encontró que en el rango de edad entre 20 a 35 años presentó 62% diagnóstico sano, 31% gingivitis y 7% periodontitis. El género masculino demostró que el 43% presenta mejor respuesta de salud postratamiento periodontal en comparación al femenino que es de 19%. **Conclusión:** Se presentó que una buena técnica de higiene oral postratamiento periodontal por parte del paciente, disminuyen los niveles de placa bacteriana obteniendo como resultado un periodonto sano.

Palabras Claves: Enfermedad Periodontal, higiene oral, control de placa, placa bacteriana.

ABSTRACT

Problem: Poor oral hygiene is an important health problem, considered as a risk factor for several diseases such as periodontal pathologies, which are caused by multifactorial problems and the main cause is bacterial plaque. It is considered that poor oral hygiene is an aggravating factor for periodontal disease, which modifies the response of tissues causing changes in the gingiva, favoring the accumulation of plaque and hence the periodontal disease. **Purpose:** Evaluate the efficiency of periodontal treatment in patients seen 5 months after completion of treatment in the dental clinic of the UCSG. **Materials and Methods:** An analytical and descriptive cross-sectional study of a sample of 100 patients in the age range 20-50 years of both genders was performed, for which all patients were taken prior periodontal treatment in the university clinic (UCSG). **Results:** We found that the age range of 20-35 years showed 62% healthy diagnosis, 31% showed gingivitis and 7% periodontitis. The male gender showed 59% better health response after treatment compared to the female that is 41%. **Conclusion:** A good oral hygiene technique after the periodontal treatment was completed by the patient, this way, the bacterial plaque levels decreased resulting in a healthy periodontium.

Keywords: Periodontal disease, oral hygiene, plaque control plaque.

1. INTRODUCCIÒN

En la actualidad, la (OMS) define el término salud dental como un estado de normalidad anatómica y funcional de los dientes así como la higiene oral es el principal componente de una cavidad oral limpia y sana, evitando enfermedades puesto que una mala higiene oral causa consecuencias como caries, mal aliento, infecciones e inflamaciones en la encía provocada por microorganismos bacterianos siendo la biopelícula el factor etiológico de la enfermedad periodontal.^{1 2 3}

La (EP) engloba dos grupos de patologías bien definidas: gingivitis y periodontitis, la gingivitis se la caracteriza por una profundidad de sondaje de 1 a 3mm surco, inflamación en la encía, acumulo de placa supragingival, sin pérdida de inserción a diferencia de una periodontitis con progresión de lenta a rápida, con profundidad más de 4mm bolsa periodontal, tártaro subgingival y pérdida de inserción.^{4 5}

Seguido de un buen diagnóstico por parte del profesional, la EP debe ser tratada a tiempo para evitar el avance a una destrucción del ligamento periodontal.^{6 7}

En términos de evaluación del tratamiento periodontal podemos indicar, que después de una fase mecánica se requiere una reevaluación para el control de la enfermedad.⁸

La fase de mantenimiento postratamiento es una parte esencial de cualquier plan de tratamiento, ya que el éxito del tratamiento va a depender no solo del profesional sino aun más de la colaboración del paciente en intervalos de citas cada 3 meses con el fin de evitar la recurrencia de esta patología con mayor o menor severidad.^{9 10}

1.1 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio es importante porque a través de él se busca determinar, mediante evaluaciones clínicas, el estado periodontal actual de los pacientes que fueron tratados por enfermedad periodontal en Clínica Odontología de la UCSG.

Es necesaria establecer los tratamientos de Periodontitis a largo plazo, para definir con eficacia y eficiencia los programas de atención a los pacientes que reciben tratamiento periodontal. La información que se obtendrá en esta investigación se considera de gran utilidad para retroalimentar los programas de estudios y de atención clínica de la U.C.S.G.

Además la realización de esta investigación es importante ya que provee información subjetiva que permite analizar la conveniencia de la implementación de un programa de mantenimiento periodontal en la Clínica, para aquellos pacientes a quienes se les diagnosticó enfermedad periodontal, en vista de que los tratamientos que deben realizarse para esta enfermedad, deben de complementarse con la fase de mantenimiento, para que se logre un tratamiento integral de los pacientes tratados en la Clínica.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la eficiencia del tratamiento periodontal en pacientes atendidos después de 5 meses, de haber concluido el tratamiento en la Clínica Odontológica de la U.C.S.G.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el género y rango de edad que presenta mejor respuesta periodontal, luego de haber efectuado el tratamiento.
2. Evaluar el estado de salud periodontal postratamiento.
3. Establecer si la higiene oral es un factor para el estado periodontal postratamiento.
4. Determinar la causa de la recidiva de la enfermedad periodontal a los 5 meses postratamiento.

1.3 HIPÓTESIS

La higiene bucodental postratamiento es un factor determinante para la conservación de la salud periodontal.

1.4 VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

Conservación de la salud periodontal.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Enfermedad Periodontal

VARIABLES INTERVENIENTES

Edad

Género

Instrucción De Higiene Oral

Índice de Higiene Oral

Denominación de la Variable	Definición de la Variable	Dimensión de la Variable	Indicadores
Variable Dependiente: Conservación de la salud periodontal.	La salud oral es el estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, siendo la higiene oral el principal componente para una boca limpia y sana.		
Variable Independiente: Enfermedad periodontal	Proceso inflamatorio que afecta a los tejidos periodontales.	<p>Sangrado al sondaje -Presencia/ Ausencia</p> <p>-Periodonto saludable</p> <p>-Gingivitis: Presencia de sangrado al sondaje.</p> <p>Ausencia de PS.</p> <p>-Periodontitis: -Leve: NIC 1 a 2mm.</p> <p>-Periodontitis moderada: NIC 3 a 4 mm.</p> <p>-Periodontitis severa: NIC mayor o igual a 5mm</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>Profundidad de Sondaje</p> <p>-Surco gingival: 0 a 3 mm.</p> <p>-Bolsa periodontal: 4 mm a más.</p> <p>Posición del margen gingival -1,2,3... Agrandamiento: migración del margen hacia coronal.</p> <p>-1, -2, -3... Recesión: migración del margen hacia apical.</p>

			<p>-0 normal: Margen ubicado en limite amelocementario (LAC).</p> <p>Nivel de inserción clínica(NIC): La dimensión desde el LAC hasta el fondo de surco o bolsa.</p>
<p>Variable Interviniente:</p> <p>Edad</p>	<p>Tiempo que ha transcurrido una persona desde su nacimiento</p>	<p>Años 20 - 50</p>	<p>Hoja de registro</p> <p>20 – 30 <input type="text"/></p> <p>36 - 50 <input type="text"/></p>
<p>Variable Interviniente:</p> <p>Género</p>	<p>Definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad.</p>	<p>Masculino / Femenino</p>	<p>Hoja de Registro</p> <p>M <input type="text"/></p> <p>F <input type="text"/></p>
<p>Variable Interviniente:</p> <p>Técnica de higiene oral</p>	<p>Técnica que imparte el profesional sobre la higiene oral en el tratamiento.</p>	<p>Si/No</p>	<p>Hoja de Registro</p> <p>Si <input type="text"/></p> <p>No <input type="text"/></p>
<p>Variable Interviniente:</p> <p>Índice de Higiene Oral</p>	<p>Revelador de placa que tiñe y de esta manera se identifica el nivel de placa bacteriana</p>	<p>Control de Placa</p>	<p>Índice de O`Leary</p>

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ENFERMERDAD PERIODONTAL

2.1.1 Definición

Proceso infeccioso, inflamatorio y progresivo de la (EP) que afecta al periodonto de protección y de soporte de los dientes, comprometiendo la encía, cemento, ligamento periodontal, hueso alveolar, de acuerdo a su avance puede llevar a la pérdida total de los dientes por la presencia de microorganismo en la placa bacteriana.^{11 12}



Figura N.1.- Enfermedad Periodontal. Fuente: Wolf H. et al, 2014

2.1.2 Agente Etiológico

En relación con la etiología de la EP se considera que la causa que produce el desarrollo de la enfermedad es la biopelícula o placa bacteriana, pegajosa e incolora delgada que cubre y se adhiere a las superficies de los dientes.¹³¹⁴

Originándose en los sitios colonizados, en su gran mayoría por bacterias anaerobias GRAM-negativas en el área subgingival como lo son: *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa), *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Prevotella intermedia* (Pi) y *Tannerella forsythensis* (Tf), que generan daño y destrucción a los tejidos ya sea un sitio específico o de forma general.¹⁵

Estas bacterias liberan enzimas histolíticas, endotoxinas y más productos de desechos mediante mecanismos que logran la destrucción del tejido conectivo y reabsorción del hueso alveolar a través de un mecanismo inmunopatogénico que forma un infiltrado inflamatorio constituido por diferentes tipos celulares como macrófagos y linfocitos, que producirán distintos subtipos de citoquinas, mediadores biológicos responsables de la inmunopatología de diversas enfermedades, alterando la función celular normal del hospedero.¹⁵

En la etiología microbiana de la (EP) existen 2 teorías, la teoría específica relacionada a infecciones bacterianas que se produce por una bacteriana única como la sífilis, tuberculosis, tifoidea. La teoría inespecífica debido a la mala higiene oral produce que las bacterias orales colonicen en el surco gingival causado por la flora bacteriana presentando factores de virulencia provocando la inflamación y enfermedad periodontal.¹⁵

2.1.3 Clasificación De La Enfermedad Periodontal

La EP ha ido evolucionando con el tiempo, y es en el International Workshop for a Classification Of Periodontal Diseases and Conditions, estructurado por la American Academy of Periodontology, en 1999, dividiendo a las enfermedades periodontales en grupos. ¹⁸

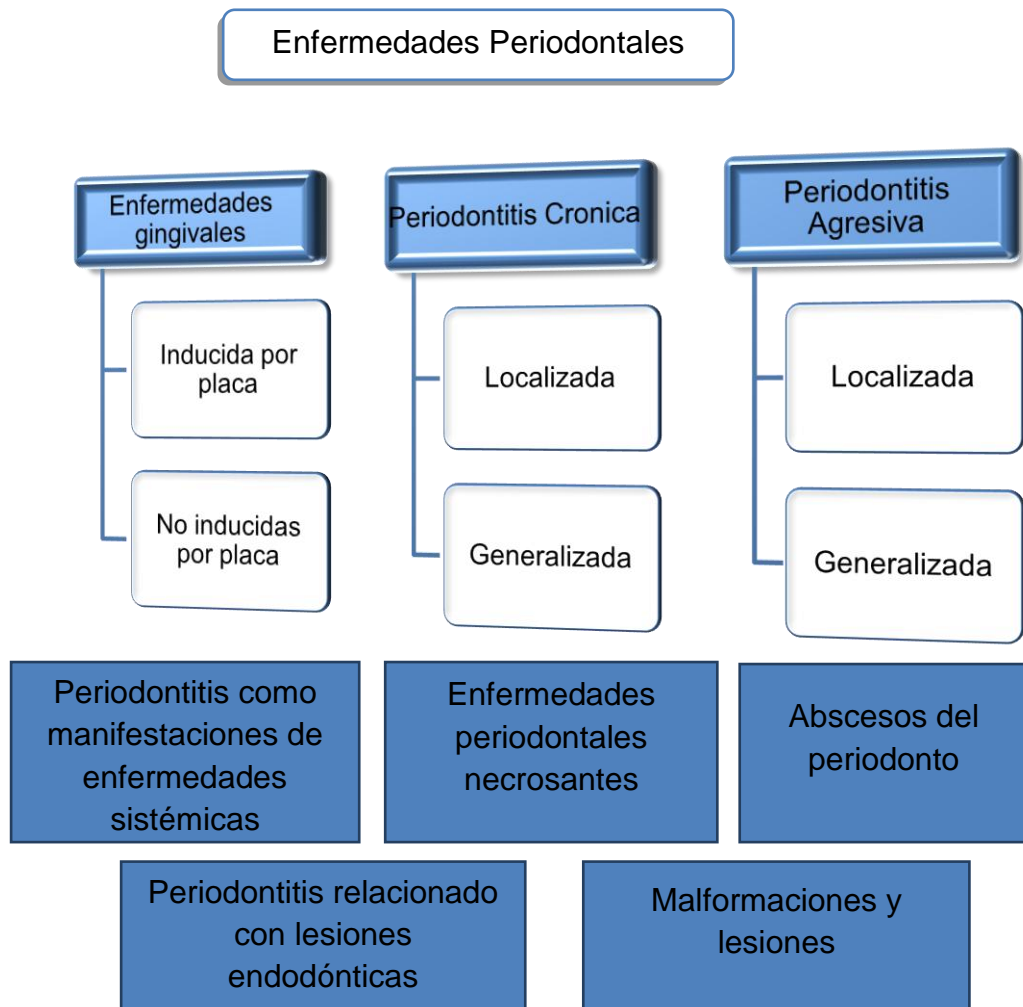


Figura N.2.- Clasificación De La Enfermedad Periodontal.

Fuente: Armitage G.1999.

2.1.3.1 Gingivitis

La AAP 1999 clasificó la gingivitis en: ¹⁸

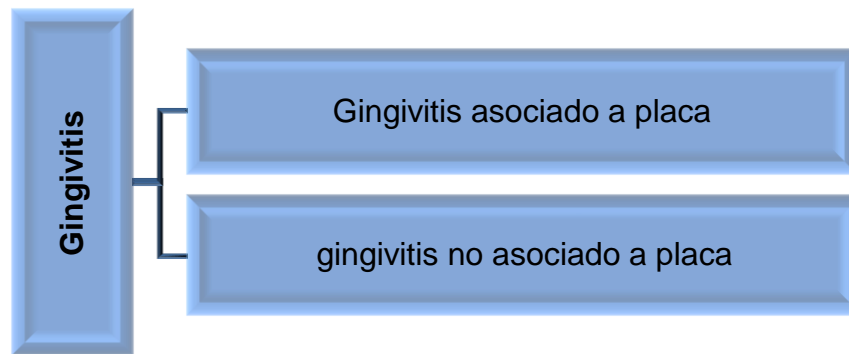


Figura N.3.- Gingivitis. Fuente: Armitage G.1999.

2.1.3.2 Gingivitis asociado a placa dental

Se caracteriza por la inflamación y acumulo de placa bacteriana sobre las superficies dentarias, esta acumulación presenta diferentes causas sea por restauraciones desbordantes, prótesis mal adaptadas o una higiene mala. Se presenta a cualquier edad, Clínicamente manifiesta, encía inflamada, sangrado al sondaje, edema, cambio de color rojo de la encía, agrandamiento, sensibilidad, ausencia de pérdida de inserción. ^{16,19}



Figura N.4.- Gingivitis asociado a placa dental.

Fuente: Murrieta K. 2015

2.1.3.3 Gingivitis no asociada a placa dental

Patología bacteriana de origen específico relacionada a manifestaciones como infecciones virales, micótico, genético. Se presenta en personas de un nivel socioeconómico bajo. ^{16,19}



Figura N.5.- Gingivitis no asociada a placa dental. Fuente: Manifestaciones gingivales de desórdenes mucocutáneos. Matesanz-Pérez P. 2008

2.1.3.4 PERIODONTITIS

La AAP 1999 clasificó la periodontitis en: ¹⁸

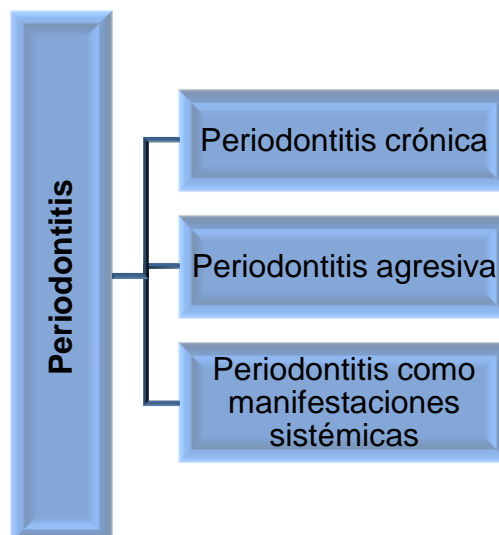


Figura N.6.- Periodontitis. Fuente: Armitage G.1999.

2.1.3.5 Periodontitis Crónica

Es la enfermedad más común, se manifiesta en pacientes adultos, su progresión es lenta y continua, está asociado a la placa o tártaro supra o subgingival, entre sus hallazgos clínicos se caracteriza por la presencia de bolsas periodontales, pérdida de inserción, destrucción ósea y movilidad dentaria. La periodontitis crónica se considera como localizada o generalizada, distinguiéndose que la localizada es cuando afecta menos del 30 % de sitios, mientras que la generalizada afecta más del 70%.^{18, 21}



Figura N.7.- Periodontitis Crónica. Fuente: Murrieta K. 2015

2.1.3.6 Periodontitis Agresiva

Se manifiesta en pacientes de edad temprana, su progresión es rápida, ausencia de placa y tártaro, no está relacionada con otros factores, clínicamente presentan pérdida de inserción y destrucción ósea. La periodontitis agresiva se presenta como localizada y generalizada. La forma localizada Se da en pubertad y adolescencia, pérdida de inserción en incisivo o primer molar permanente mientras que la generalizada en personas menores de 30 años, pérdida de inserción proximal, afecta a tres o más dientes.^{18 20}



Figura N.8.- Periodontitis Agresiva. Fuente: Lang

2.1.4 Factores De Riesgo De Enfermedad Periodontal

Los factores de riesgo modifican la enfermedad periodontal porque el agente causal es la placa bacteriana y sin placa, no va a presentarse la enfermedad.²⁰

Factores Modificables.- Son factores modificables: la higiene oral, bacterias patógenas, depósitos microbianos dentales, enfermedades inflamatorias adquiridas, deficiencia nutricional, tabaquismo, diabetes.¹⁵

Factores Determinantes.- No se pueden modificar como lo son: edad, la raza, el género, genética, nivel socioeconómico, estrés.¹⁵

2.2 PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Establecido el diagnóstico, se lleva a cabo un tratamiento periodontal obteniendo como propósito eliminar la causa de la enfermedad y con una terapia de soporte una salud periodontal.²⁵

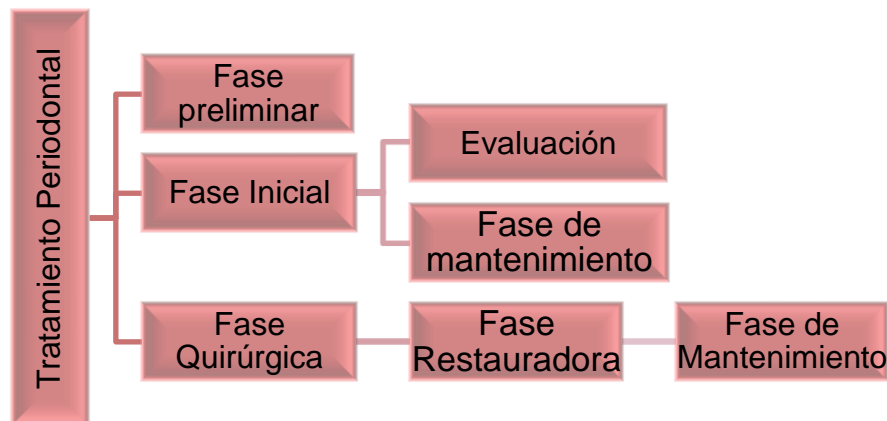


Figura N.9.-. Pasos de las fases del tratamiento periodontal. Fuente: Carranza

2.2.1 FASE PRELIMINAR

Llamada también fase de emergencia ya que son tratados por un tipo de dolor agudo como abscesos y gingivitis ulceronecrosantes y extracciones de piezas dentarias si lo requiere.²⁵

2.2.2 FASE I

Es denominada como f. inicial, f. no quirúrgica o f. etiotrópica. La fase I presenta el primer paso en los procedimientos que llevaran a cabo la eliminación de la placa bacteriana.²⁵

2.2.2.1 PROCEDIMIENTOS EN LA FASE I

- **Educación, motivación y enseñanza al paciente**

Logrando que el paciente obtenga conocimientos de que trata esta enfermedad, explicándole en boca, con espejos, modelos y folletos, ya que el éxito de este tratamiento no solo va a depender del profesional sino aún más de la colaboración mucho del individuo.²⁶

- **Control de placa microbiano**

Se coloca una gotita de revelador de placa en boca del paciente, con un espejo bucal y un explorador o sonda periodontal se pasara por las superficies dentarias arrastrando un detrito blanquecino mostrándole al paciente y entienda la importancia de la higiene oral.²⁶

- **Instrucción de higiene oral**

Explicarle al paciente la importancia de usar cepillo, hilo dental y enjuagues para una higiene oral saludable, se sugiere el cepillo con cerdas suaves, realizándolo 3 veces al día, con la de la técnica impartida por el profesional, uso respectivo del hilo dental y un enjuague bucal para complementar su higiene.²⁶

- **Detartraje (supragingival)**

La remoción de placa bacteriana puede realizarse con escaler o Instrumentación mecánica usando las respectivas curetas para cada pieza dentaria, puede ser por cuadrantes, sextantes y en ambas arcadas.²⁶

- **Raspado y alisado radicular (subgingival)**

Aplicación de anestesia local en combinación con la eliminación de factores retentivos de placa, puede ser por cuadrantes, sextantes y en ambas arcadas, se lo realiza con cuteras según la pieza dentaria.²⁶

2.2.3 EVALUACIÓN DE LA FASE I

Se establece un nuevo registro, para determinar un diagnóstico actual, en respuesta a los cambios obtenidos en los tejidos periodontales, controlando la presencia o ausencia de la placa bacteriana, esta reevaluación se debe dar después 4 a 6 meses de haber concluido la Fase inicial.²⁷

2.2.4 FASE II O FASE QUIRÚRGICA

En esta fase se realizan cirugías periodontales, colocación de implantes y tratamientos endodónticos en caso que lo requiera.²⁸

2.2.5 FASE III O RESTAURADORA

Elaboración de nuevas prótesis ya sean fijas o removibles, nuevas restauraciones con resinas, evitando la retención de placa.²⁸

2.2.6 FASE IV O DE MANTENIMIENTO

Denominada terapia periodontal de soporte, requiere de un tratamiento a largo plazo de seguimiento para comprobar el éxito de la terapia. Los pacientes deben ser revisados a intervalos regulares citas cada 3 meses para supervisar la higiene bucal y permiten la detección temprana de la enfermedad recurrente. Sondeo cuidadoso de todas las superficies de los dientes para detectar los puntos sangrantes, el actualmente único indicador fiable de la periodontitis activa.²⁹

2.2.6.1 Procedimiento del mantenimiento periodontal

- **Evaluación**

El propósito de esta evaluación es poder determinar si el tratamiento administrado ha conseguido controlar la enfermedad del paciente y a su vez la conservación de la salud periodontal.²⁹

- **Historia clínica**

Actualización de registros de ficha médica y clínica.²⁰

- **Exploración clínica**

Realizado con una sonda periodontal, siendo la única forma exacta para un diagnóstico actual como: sano, gingivitis o periodontitis donde se registraron: presencia o ausencia de placa bacteriana, sangrado al sondeo, profundidad de sondaje, nivel de inserción.²⁰

- **Periodontograma**

Es un sistema de registro sencillo, fácil de llenar donde contiene toda la información recogida durante la exploración periodontal.²⁰

- **Profundidad de sondaje**

Es la distancia en milímetros desde el margen gingival al fondo de la bolsa periodontal, surco gingival de 0 a 3mm, bolsa periodontal de 4mm a más. Se registra esta medida con una sonda en seis puntos de cada diente tres por vestibular y tres por palatino o lingual.²⁰

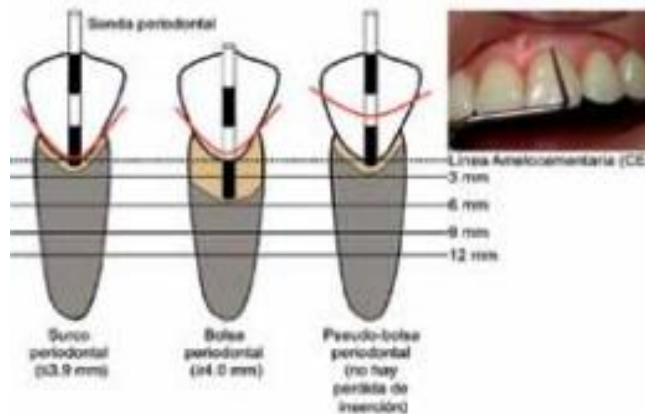


Figura N.10. Profundidad de sondaje. Fuente: Botero JE. Et al, 2010

○ **Sangrado**

El sangrado al sondaje es un predictor de la enfermedad, mientras que su ausencia es un indicador confiable de salud periodontal. (botero)

○ **Posición del margen gingival**

Agrandamiento gingival se denomina cuando el margen se encuentra a coronal del Límite amelocementaria y Recesión gingival cuando el margen se encuentra apical de límite amelocementaria (botero)

Se registran:

- **Cero:** a nivel de LAC
- **Negativo:** raíz expuesta y el margen gingival esta desplazado hacia apical.
- **Positivo:** el margen gingival esta desplazado hacia coronal.

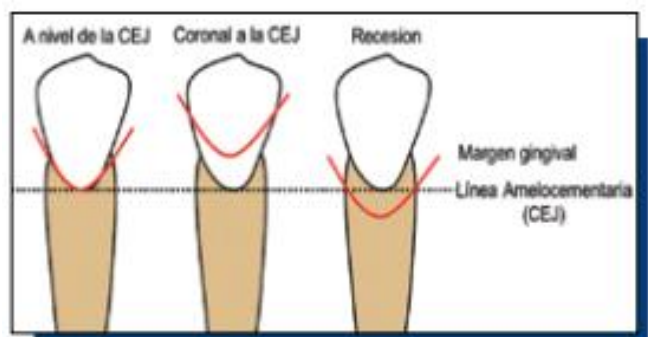


Figura N.11. Posición del margen gingival. Fuente: Botero JE. Et al, 2010

○ **Nivel de inserción clínica**

El (NIC) es la dimensión que existe desde la línea amelocementaria hasta el fondo del surco o bolsa, esta medida hace referencia a las fibras de tejido conectivo que se insertan al cemento radicular a través de las fibras de sharpey. (Botero y nevak)

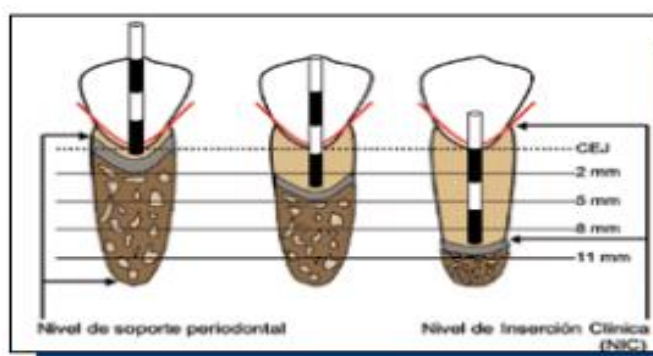


Figura N.12. Nivel de inserción clínica. Fuente: Botero JE. Et al, 2010

2.2.7 Diagnóstico Postratamiento periodontal

Las evaluaciones de los resultados post tratamiento son trascendentales en el manejo de los pacientes con EP Armitage., 2005, es importante señalar que la terapia periodontal puede cambiar el diagnóstico pre tratamiento por un diagnóstico post tratamiento más favorable, un diagnóstico en pacientes tratados se los clasifica como salud, gingivitis o periodontitis.³⁰

Un correcto tratamiento usualmente convierte habitualmente una gingivitis a un estado de periodonto sano que implica ausencia de la enfermedad periodontal, en un resultado con tratamiento satisfactorio de una periodontitis se convierte en un estado de salud periodontal con periodonto reducido.³⁰

2.2.8 Registro del control de placa

Es recomendable el uso de pastillas o líquidos reveladores así ayudan a la identificación de presencia o ausencia de placa teñida.²⁸

Se aplica en la lengua del paciente una pastilla, se espera unos segundos que se disuelva y se la pasa por todas las caras de las piezas dentarias; en el caso de utilizar liquido revelador se aplica en el paciente tres gotas de en la punta de la lengua con el propósito de luego proceder a pasarse por todas las superficies de sus dientes.²⁸

Se utiliza un registro de control de índice denominado INDICE DE O`LEARY, en el que se examina las caras mesial, distal, vestibular y lingual o palatino de las piezas presentes en boca. Para obtener el porcentaje se realiza una regla de tres simple en el que se multiplica el número de caras pintadas por 100 y ese resultado se divide para el total de caras de todos los dientes presentes en boca.²⁸

Porcentaje con el índice de O`Leary

Higiene Buena	0 - 15% caras pintadas
Higiene Regular	16 - 49% caras pintadas
Higiene Mala	50 - 100% caras pintadas

Figura N.13. Control de placa. Índice de O`Leary. Fuente: Murrieta K. 2015

2.2.9 Medidas de uso para una higiene oral

La instrucción de higiene oral es educar al paciente a desarrollar una higiene bucal mas optima, esto no solo quiere decir que el paciente debe ser instruido para que limpie adecuadamente su boca, sino también implica que sea lo suficientemente motivado para que adopte esta práctica como un hábito y de esta forma mejorar con éxito el estado de salud oral. Se recomienda dentro de las medidas de prevención en salud oral el uso adecuado de:

Cepillo dental

Es aconsejable el uso de cerdas suaves, ya que estas no son abrasivas para la encía, teniendo en cuenta que el cepillo debe cambiarse de 2 a 3 meses por el desgaste que sufren las cerdas, ya que con el tiempo pierden su función, con el fin de remover la placa bacteriana que se almacena en las piezas dentarias. Una de las técnicas más recomendada por el higienista es la técnica de Bass Modificada ya que esta estimula la encía y a la vez elimina la placa bacteriana.²⁸

Es recomendable el revelado de placa después del cepillado para que el paciente pueda identificar en que dientes persiste la placa aun después de haberse cepillado de forma que pueda mejorar la técnica.²⁸

Hilo dental

La importancia del hilo dental es que ayuda a la eliminación de la placa bacteriana que se deposita en los espacios interproximales evitando así una enfermedad periodontal, se sugiere el empleo de hilos dentales con cera, permitiendo un factible acceso en las áreas interproximales de los dientes, sin causar daños en la encía.²⁸

Colutorios

El uso de colutorios con clorexidina es aconsejable para pacientes que se encuentran en un tratamiento periodontal por su función antiséptica, un tiempo prolongado de 15 días ya puede presentar pigmentaciones en los dientes como en la encía, una vez culminado el tratamiento periodontal se recomienda el uso de enjuagues bucales sin alcohol para ayudar al mantenimiento del tratamiento evitando irritaciones en la encía.²⁸

2.2.10 Frecuencia del mantenimiento periodontal

Cada visita deber ser individualizada para cada paciente según el caso. El paciente una vez culminado la primera fase del tratamiento debe ser revisado cada tres meses en el primer año tras el tratamiento, los pacientes con gingivitis y periodontitis leves, sin bolsas remanentes y buena higiene oral deben ser revisados en un periodo de 6 y 12 meses, pacientes con casos avanzados o algún factor negativo se deben revisar entre 3 y 4 meses y pacientes severos entre 1 y 3 meses.³¹

2.2.11. Recurrencia de la enfermedad postratamiento periodontal

Las primeras causas de recurrencia de esta enfermedad suele ser la falta de higiene por parte del paciente. Teniendo en cuenta otras causas como : Tratamiento inadecuado o insuficiente, restauraciones inadecuadas, falta de controles periódicos por parte del paciente, presencia de enfermedades sistémicas, presencia de inflamación, aumento de la movilidad, aumento de profundidad de sondaje, falta de higiene oral por parte del paciente.³¹

3. METODOLOGÍA (MATERIALES Y MÉTODOS)

3.1 MATERIALES

- Sonda periodontal
- Espejo intraoral
- Explorador
- Baberos desechables
- Enjuague bucal
- Gorro desechables
- Revelador de placa
- Pinza algodонера
- Torundas de algodón
- Porta baberos
- Guantes de latex
- Mandil blanco
- Mascarilla
- Gafas

Papelería:

- Consentimiento informado
- Hoja de Registro de datos
- Bolígrafo azul y rojo

3.2.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se realizo en la Clínica de Odontología Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

3.2.2 PERIÓDO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el periodo comprendido entre Octubre 2014 a Enero 2014.

ACTIVIDAD	MES 1 OCT.	MES 2 NOV.	MES 3 DIC.	MES 4 ENER O	MES 5 FEB.	MES 6 MZO.	MES 7 ABRIL
Revisión Bibliográfica	X	X	X	X			
Actividad de Prueba Piloto	X						
Examen Clínico	X	X					
Registro y Tabulación de Datos				X			
Resultados				X			

3.2.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.2.3.1 Recursos Humanos:

- Pacientes en rango de edad comprendido entre 20 a 50 años
- Investigadora: Karen Lyanne Murrieta Narváez
- Tutora: Dra. Geoconda Luzardo
- Asesor estadístico: Dr. Giaffart Barquet
- Asesor metodológico: Dra. Ma. Angélica Terreros

3.2.3.2 Recursos Físicos:

Kit básico de instrumental odontológico incluido sonda periodontal.

Materiales de bioseguridad: gorro, mascarilla, gafas, guantes, baberos desechables y protababeros.

Instalaciones de la Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Papelería: consentimiento informado, hoja de registro de datos, bolígrafos azul y rojo.

3.2.4 Universo:

Pacientes registrados y atendidos con enfermedad periodontal en la clínica de la U.C.S.G en el semestre A-2014.

3.2.5 Muestra:

Muestra estadística significativa de 100 pacientes, comprendidos entre los 20 a 50 años que fueron atendidos por enfermedad periodontal en la clínica odontológica de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

3.2.5.1 Criterios de Inclusión de la Muestra:

Historias clínicas y datos completos de pacientes con enfermedad periodontal.

Adultos que firmaron la hoja de consentimiento y aceptaron regresar a la evaluación de un chequeo periodontal y dieron sus datos para la Historia Clínica.

3.2.5.2 Criterios de Exclusión de la Muestra:

Adultos que no aceptaron ser parte del estudio.

Pacientes sistémicamente enfermos

Pacientes fumadores

Pacientes que no respondan el teléfono cuando son citados

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de Investigación

El presente estudio es una investigación de tipo analítico, descriptivo y transversal.

4.2 Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo

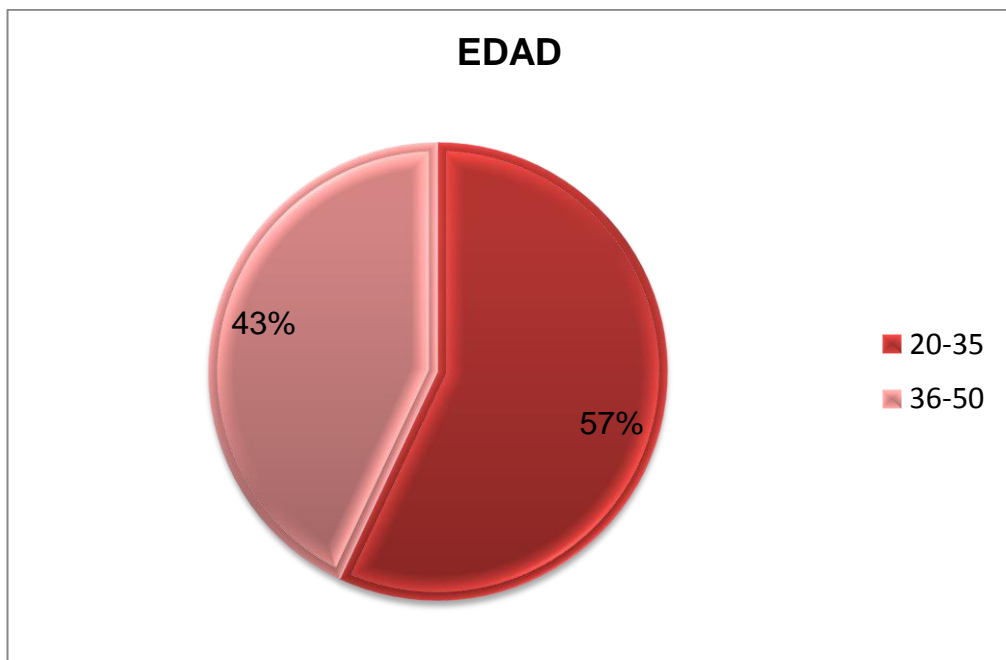
Procedimientos

- 1) Revisión clínica de los adultos comprendidos entre 20 a 50 años.
- 2) El paciente será llamado y citado para ir a la clínica odontológica de la U.C.S.G. donde se le realizará una evaluación del estado periodontal después de 5 meses de haberse culminado el tratamiento.
- 3) Firma del consentimiento informado por parte del paciente.
- 4) Se examinará el estado de salud periodontal que consiste en un examen clínico con un instrumento llamado sonda periodontal.
- 5) En una hoja de registro se anotara:
 - Al sondaje, que sitios hay presencia de sangrado
 - Profundidad de sondaje
 - Recesión gingival
 - Nivel de inserción
- 6) Se hará un control de placa donde se le colocara una tinción en sus dientes, para realizar en control de su higiene.

5. RESULTADOS

5.1 Distribución De Pacientes Por Edad

Gráfico N.1. Distribución porcentual de la muestra de pacientes de acuerdo a la Edad.

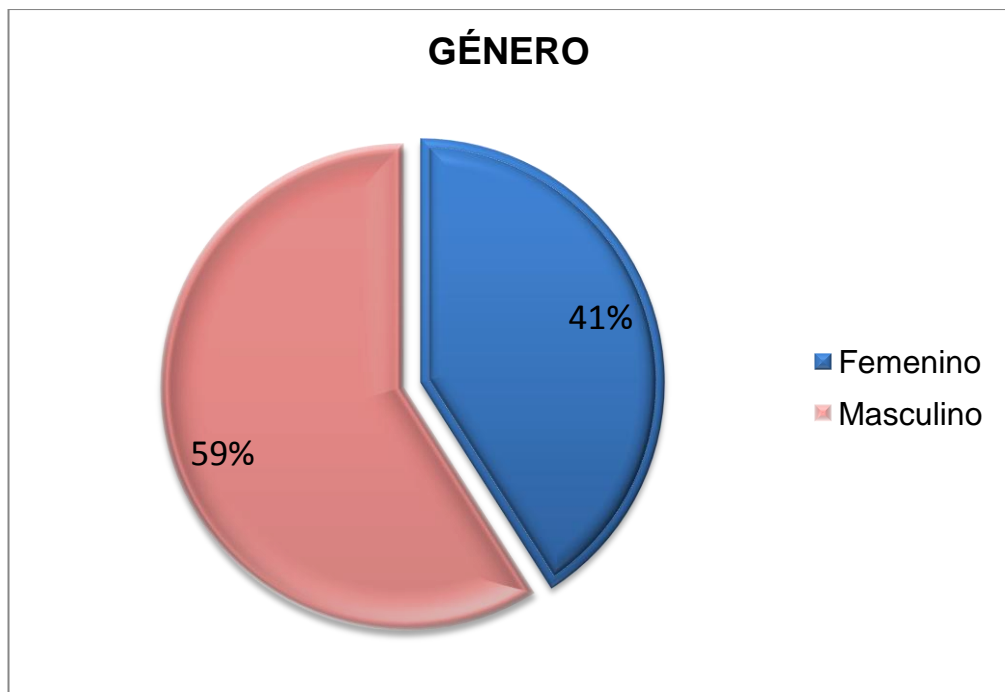


Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- La muestra estuvo constituida por 100 pacientes de los cuales 57% estuvo conformada por personas entre 20 a 35 años de edad y el 43% entre 36-50 años de edad.

5.2 Distribución De Pacientes Por Género

Gráfico N.2. Distribución porcentual de pacientes de acuerdo al Género.

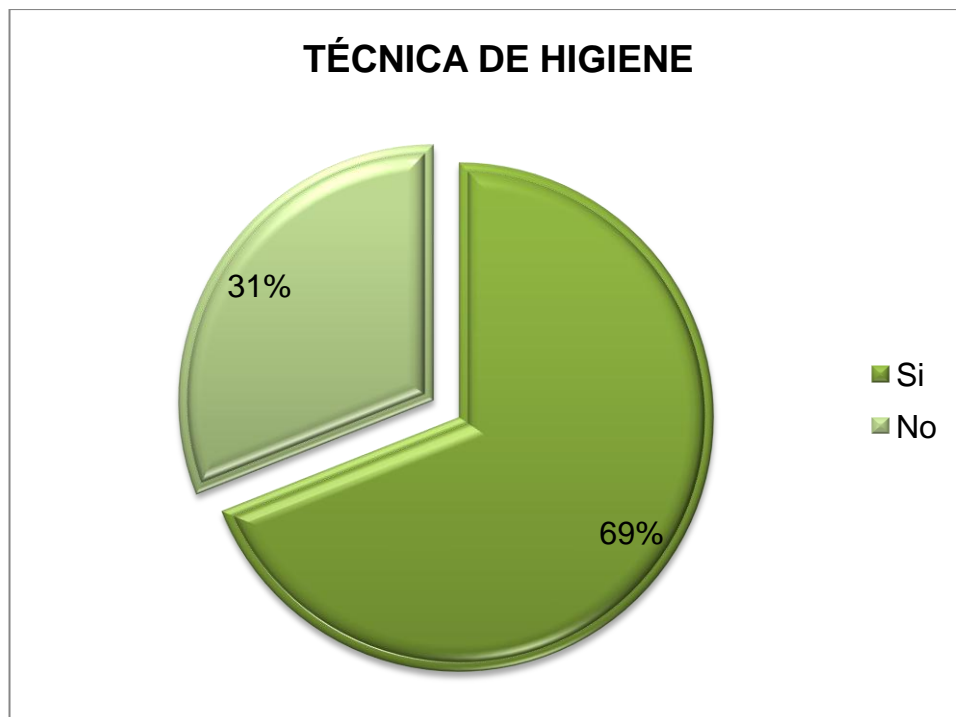


Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- En la presente investigación la muestra total está conformada por 100 pacientes, el 59% perteneció al género masculino y el 41% al género Femenino.

5.3 Distribución de Pacientes por Técnica de Higiene Oral.

Gráfico N.3. Distribución porcentual de la muestra de pacientes en relación a la técnica de higiene oral.

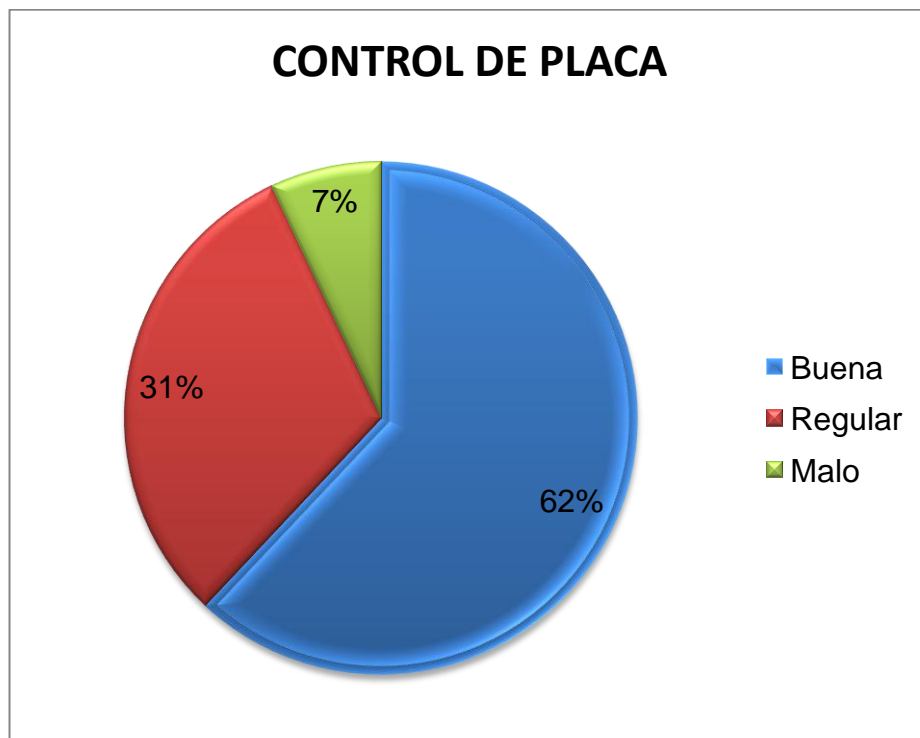


Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- En esta sección se analizó la variable correspondiente a la técnica de higiene oral, permitiendo con estos datos obtener que el 69% si tiene conocimiento de la técnica y el 31% restante no.

5.4 Distribución de Pacientes por Control De Placa

Gráfico N.4. Distribución porcentual de la muestra de pacientes en relación al control de placa.

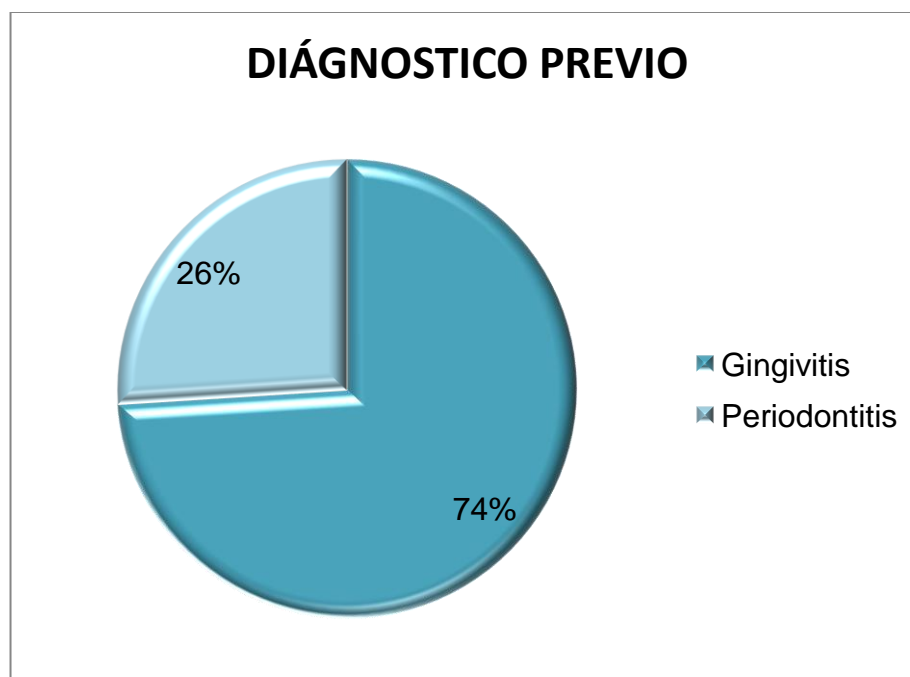


Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- En relación al control de placa de la muestra obtenida de 100 pacientes se obtuvo un 62% con higiene Buena, 31% higiene Regular y un 7% con higiene mala.

5.5 Distribución de Pacientes por Diagnóstico Periodontal Previo.

Gráfico N.5. Distribución porcentual de la muestra de pacientes en relación al Diagnóstico Periodontal Previo.

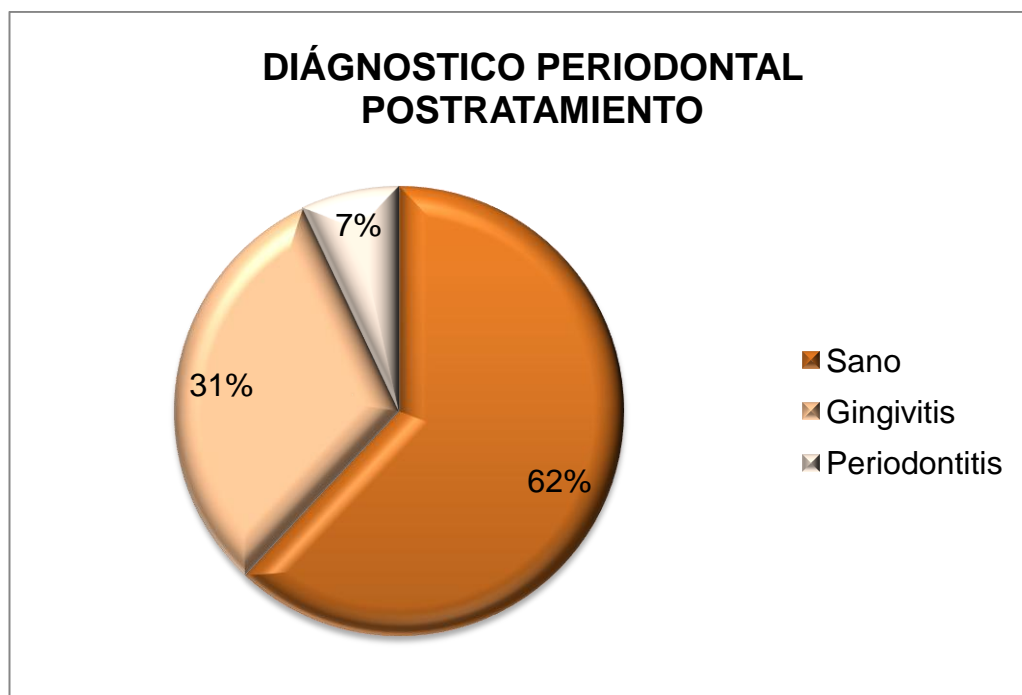


Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- En esta sección se analizó la variable correspondiente al diagnóstico periodontal previo, el 74% de los paciente con gingivitis y el 26% periodontitis.

5.6 Distribución de Pacientes por Diagnóstico Periodontal Postratamiento.

Gráfico N.6. Distribución porcentual de la muestra de pacientes en relación al Diagnóstico Periodontal postratamiento.



Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- De un total de 100 pacientes se obtuvo un 62% de Individuos sanos; 31% personas con gingivitis y un 7% con periodontitis.

5.7 Distribución De Pacientes Por Recurrencia de la enfermedad.

Gráfico N.7. Distribución porcentual de pacientes de acuerdo a la recurrencia de la enfermedad.



Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- De un total de 100 pacientes se obtuvo un 62% de Individuos sanos y el 38% de individuos enfermos.

5.8 Distribución De Edad con Diagnóstico Periodontal Postratamiento.

Cuadro N.8. Relación entre Edad con Diagnóstico Periodontal Postratamiento.

Diagnostico Periodontal Postratamiento	Edad		Total
	20-35	36-50	
Gingivitis	10%	21%	31%
periodontitis	3%	4%	7%
Sano	44%	18%	62%
Total	57%	43%	100%

Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- Haciendo comparación la edad con enfermedad periodontal se destacó: en el rango entre 20-35 hay 44% (44) de sanos; 10% (10) de gingivitis causada por placa bacteriana; 3% (3) periodontitis. En el rango de 36-50 años se obtuvo 18% (18); 21% (21) y 4% (4) respectivamente.

5.9 Distribución De Género con Diagnóstico Periodontal Postratamiento.

Cuadro N.9. Relación entre Género con Diagnóstico Periodontal Postratamiento.

Diagnostico Periodontal Postratamiento	Género		Total
	Femenino Porcentaje	Masculino Porcentaje	
Gingivitis	18%	13%	31%
periodontitis	4%	3%	7%
Sano	19%	43%	62%
Total	41%	59%	100%

Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Análisis y Discusión.- Lo referente al género y diagnóstico periodontal, se apreció que los pacientes masculinos presentaron menor porcentaje de enfermedad periodontal en relación al género femenino. Resultando (43%) 43 sanos; 13% (13) gingivitis y 3% (3) con periodontitis.

5.10 Distribución De Control de Placa con Diagnóstico Periodontal Postratamiento.

Cuadro N.10. Relación de Control de Placa con Diagnóstico Periodontal Postratamiento.

Control de placa	Higiene Buena	Higiene Regular	Higiene Mala	
Diagnóstico Periodontal Postratamiento	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Total
Sano	62%	0%	0%	62%
Gingivitis	0%	31%	0%	31%
Periodontitis	0%	0%	7%	7%
Total	62%	31%	7%	100%

Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Análisis y Discusión.- Mediante el presente estudio se examinó a 100 individuos y en su control de placa resultó que los niveles más altos de buena higiene oral son aquellos individuos con diagnóstico sano, siendo su porcentaje 62% (62), higiene regular 31% (31), higiene mala el 7% (7).

5.11 Distribución De La Recurrencia con el Diagnóstico Periodontal Postratamiento.

Cuadro N.11. Relación de la recurrencia con el diagnóstico periodontal postratamiento.

Recurrencia	No	Si	
Diagnostico periodontal postratamiento	Porcentaje	Porcentaje	Total
Sano	62%	0%	62%
Gingivitis	0%	31%	31%
Periodontitis	0%	7%	7%
Total	62%	38%	100%

Fuente: Clínica Odontológica Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Análisis y Discusión.- Lo referente a la recurrencia en una muestra de 100 pacientes; el 38% (38) de individuos tuvo enfermedad periodontal; 31% (31) gingivitis; el 7% (7) periodontitis mientras que el 62% (62) sano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Al finalizar este trabajo de investigación se obtienen las siguientes conclusiones:

El género masculino presentó un mayor porcentaje en relación al femenino de salud periodontal.

El rango de edad que presenta porcentajes más altos en relación al estado de salud periodontal es el conformado entre individuos de 20 a 35 años.

En relación al estado de salud oral, se demostró un porcentaje mayor en diagnóstico con periodonto sano.

La causa de la recurrencia postratamiento de una fase I, es la mala técnica de higiene oral por parte del paciente, sabiendo que pacientes con diagnóstico de Enfermedad periodontal deben pasar a una fase de mantenimiento.

Con todos los datos conseguidos se afirma la hipótesis, que la higiene oral es un factor determinante para el mantenimiento de la salud periodontal, siendo así que, pacientes sanos presentan mayor porcentaje de una optima higiene oral.

6.2 Recomendaciones

Una vez concluido la presente investigación, se recomienda realizar un estudio a largo plazo evaluando el estado periodontal en relación a otros factores de riesgo durante las citas de mantenimiento, así como aumentar la muestra estudiada y los diagnósticos de Enfermedad Periodontal.

7. BIBLIOGRAFÍAS

- 1.- Alvarado, J. Vélez, J. Gómez, M. Viera, A. Efectividad del pulido coronal como coadyuvante en la terapia de mantenimiento periodontal. 2008; (59): 23-28.
- 2.- Bazzano, G. Parodi, R. Tabares, S. Sembaj, A. Evaluación de la terapia mecánica periodontal en bolsas profundas: respuesta clínica y bacteriológica. 2012; 5(3): 123- 128.
- 3.- Renvert, S. Rutger, G. Tratamiento periodontal de mantenimiento. 2005, (11): 179- 195.
- 4.- Jiménez, U. Ugarte, Z. Molina, J. Aguirre, L. Eficacia del tratamiento periodontal quirúrgico en bolsas activas tras la fase higiénica inicial. 2008, 18(2).
- 5.- Martínez, L. evaluación de los tratamientos periodontales en la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela. 1999, 37(3).
- 6.- Botero, L. Alvear, F. Vélez, M. Factores del pronóstico en periodoncia. 2008, 19(2): 69-79.
7. - Gjermo, E. Grytten, J. cost- effectiveness of various treatment modalities for adult chronic periodontitis. 2009, 51: 269-275.
- 8.- Bruce, L. evaluación del riesgo periodontal, diagnóstico y planificación del tratamiento. 2002, 1: 37-58
- 9.- Magan, R. Castejon, I. Fernández, V. Periodoncista para el higiene. Mantenimiento periodontal. 2000, 10(2).
- 10.- Recinos, L. Examen periodontal completo. 2004, 34: 22-23.
- 11.- Carranza F, Newman M, Klokkevold P, Takei H. Periodontologia Clinica. 10ma ed. Mexico: McGraw-Hill; 2010. Capítulo 7. p.100-109.

- 12.- Botero JE, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. [Revista Online]. 2010. [Acceso 1 noviembre 2014]; (Vol.3 No.2). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>
- 13.- Dumitrescu, A. Etiology and pathogenesis of periodontal disease. Springer Verlag Berlin Heidelberg 2010; 39- 76.
- 14.- Tatakis DN, Kumar PS. Etiology and pathogenesis of periodontal diseases. Dent Clin. N Am. 2005;49: 491-516
- 15.- Serio FG, Duncan TB. The pathogenesis and treatment of periodontal disease [cursoonline]. 2009 [Acceso 4 noviembre 2014]: 1-10. Disponible en: <http://www.ineedce.com/courses/1686/pdf/pathogenesisandtreatment.pdf>
- 16.- Bascones A, Figuero E. Periodontal Diseases As Bacterial Infection. Med Oral PATOL ORAL CIR BUCAL. 2004;9 SUPPL:S92-107.
- 17.- Eley B, Soory M, Manson J. Periodoncia. 6ta ed. España: Elsevier editorial; 2012. Capítulo 4. Etiología de la enfermedad periodontal; p,23. [Acceso 6 Noviembre 2014]
- 18.- Armitage G. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann. Periodontology. [Revista Online] 1999 [Acceso 15 Noviembre 2014] (Vol.4 N.1) [pp. 1-6]
- 19.- Wolf HF, Hassell TM. Color Atlas of Dental Hygiene-Periodontology, 2006.
- 20.- Botero JE, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. [Revista Online]. 2010. [Acceso 3 diciembre 2014]; (Vol.3 No.2). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v3n2/art07.pdf>

- 21.- Byrne SJ, Dashper SG, Darby IB. Progression of chronic periodontitis can be predicted by the levels of Porphyromonas gingivalis and Treponema denticola in subgingival plaque. Oral Microbiol Immunol 2009; 24: 469–477.
- 22.- Lindhe J. Periodontología Clínica e Implantología. 4ª ed. Argentina: Médica Panamericana. 2005. Capítulo 8. p. 220-227.
- 23.- Farías F. Enfermedad Periodontal y Microorganismos Periodontopatógenos. [Revista Online]. [Acceso 19 diciembre 2014]; (Vol. 4, No. 1). Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/v4n1/4-1-2.pdf>
- 24.- Haffajee A, Teles R, Socransky S. The effect of periodontal therapy on the composition of the subgingival microbiota. Periodontology 2000, 2006; 42: 219-248.
- 25.- Suvan J. Effectiveness of mechanical nonsurgical pocket therapy. Periodontology 2000, 2005; 37: 48-71.
- 26.- Derdilopoulou FV, Nonhoff J, Neumann K, Kielbassa AM. Microbiological findings after periodontal therapy using curettes. Er: YAG laser, sonic and ultrasonic scalers. J Clin Periodontol, 2007; 34: 588-598.
- 27.- Segelnick S, Weinberg M. Reevaluation of initial therapy. J Periodontal, 2006, 77: 1598-1601.
- 28.- Corchuelo J. Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. [Revista Online]. 2011. [Acceso 5 Enero 2015]; (Vol. 42No.4). Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc11071>
29. - Renvert S, Persson R. Supportive periodontal therapy. Periodontology 2000, 2004; 36: 179-195.

30.- Teles R, Haffajee A, Socransky S. Microbiological goals of periodontal therapy. *Periodontology* 2000, 2006; 42: 180-218.

31.- Greenstein G. Current interpretations of periodontal probing evaluations: diagnostic and therapeutic implications. *Compend Contin Educ Dent*, 2005;26:381-390.

8. ANEXOS

No. 1.- HOJA DE REGISTRO DE DATOS

No.2.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un documento en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el investigador del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

Yo Karen Lyanne Murrieta Narvárez, con CI. 0930581327, alumna de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil estoy realizando mi trabajo de titulación “Eficacia del Tratamiento Periodontal en Pacientes atendidos en la clínica UCSG en Semestre A-2014” El objetivo de este estudio es Evaluar la eficacia del tratamiento periodontal en pacientes atendidos después de 5 meses de haber concluido el tratamiento. Luego de un tratamiento periodontal es indicado y necesario un control después del mismo, para poder evaluar la salud periodontal y así evitar la recurrencia de esta patología.

Es necesario que esta información sea comprendida; si luego de saber el procedimiento del estudio que detallo a continuación, está usted de acuerdo en participar deberá firmar al final de esta hoja.

Procedimiento de estudio:

1. Se le preguntará sus datos personales.
2. Se le realizará un examen clínico en la Clínica Odontológica de la U.C.S.G. donde se examinará el estado de salud periodontal que consiste con un instrumento llamado sonda periodontal.
3. En una hoja de registro se anotara: Al sondaje, que sitios hay presencia de sangrado, Profundidad de sondaje, Recesión gingival, Nivel de inserción

4. Se hará un control de placa donde se le colocará una tinción en sus dientes.
5. Se determinara la eficacia del tratamiento realizado en el semestre A-2014.

Este examen dental es totalmente gratuito y será realizado una sola vez por paciente con una duración estimada de 30 minutos.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y todos los datos obtenidos en la investigación son confidenciales

En caso de cualquier duda o consulta puede comunicarse al teléfono 0994211077 con la presente investigadora Karen Lyanne Murrieta Narváez.

PACIENTE	TESTIGO	INVESTIGADOR
Nombre.....	Nombre.....	
CI.....	CI.....	

No.3.- TABLA MADRE ESTADÍSTICA