



**Universidad
Norbert Wiener**

**PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“FRECUENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN
PACIENTES DE 20 A 70 AÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
PERIODONCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL
AÑO 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO
DENTISTA**

Presentado por:

Bachiller: QUIROZ TORRES, WILLIAMS ALEJANDRO

Asesor: Dra. Esp. CD. AGUIRRE MORALES, ANITA KORI

**LIMA – PERÚ
2019**

DEDICATORIA

Dedicado antes que nada a Dios, por guiarme en cada paso que doy, a mi madre, que ha sido fuente de inspiración para tantos sueños y meta cumplidas y por cumplir, a mis hermanos por acompañarme de la mano en este viaje, a mis profesores y maestros por enseñarme todo lo que sé y más y a mi alma mater la Universidad Norbert Wiener por abrirme las puertas.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, mis hermanos, docentes de la
Universidad Privada Norbert Wiener, amigos.

ASESOR DE TESIS

DRA. ESP. CD. ANITA KORI AGUIRRE MORALES

JURADO

1. DRA. CHANAME MARIN, ANN ROSEMARY.
2. DR. GIRANO CASTAÑOS, JORGE ALBERTO.
3. DRA. VILCHEZ BELLIDO, DINA.

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13,14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACIÓN	14,15
1.4. OBJETIVO	16
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES	18-22
2.2. BASE TEÓRICA	22-44
1. Enfermedad Periodontal	22
1.1. Diagnostico Periodontal	22,23
1.2. Factor de riesgo	23
2. Gingivitis	23,24
2.1. Enfermedades Gingivales inducidas por biopelícula	24
2.2. Enfermedades Gingivales no inducidas por biopelícula	25-27
2.3. Epidemiología de la Gingivitis	27,28
3. Periodontitis	28
3.1. Epidemiología de la Periodontitis	29-30
3.2. Curso clínico de la Periodontitis	30
3.3. Periodontitis Crónica	31
3.4. Periodontitis Agresiva	31-33
3.5. Periodontitis con Manifestación de Enfermedades Sistémicas	33
3.7. Enfermedad Periodontales Necrosantes	34
3.8. Abscesos del Periodonto	34,35
4. Clasificación de las Enfermedades Periodontales	35-41
5. Importancia de las bacterias	41
6. Clasificación de los microorganismos orales	41,42
7. Perú y la Enfermedad Periodontal	42-43
8. Hospital Militar Central	44

2.3.	TERMINOLOGÍA BÁSICA	44,45
	Frecuencia	44
	Enfermedad Periodontal	45
	Gingivitis	45
	Gingivitis aguda	45
	Gingivitis crónica	45
	Periodontitis	45
2.4.	HIPÓTESIS	46
2.5.	VARIABLES	46
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO		
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
3.2.	ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN	49
3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA	48-50
3.4.	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
3.5.	PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	50
3.6.	ASPECTOS ÉTICOS	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN		
4.1.	RESULTADOS	53-57
4.2.	DISCUSION.	58,59
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1.	CONCLUSIONES	61
5.2.	RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS		
ANEXO		
	ANEXO 1	75
	ANEXO 2	76
	ANEXO 3	77
	ANEXO 4	78

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Frecuencia de la Enfermedad Periodontal	53
Tabla 2	Enfermedad periodontal según etario	54
Tabla 3	Frecuencia de Enfermedad Periodontal según el rango de edades en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el 2016	55
Tabla 4	Enfermedad periodontal según el sexo del paciente	56
Tabla 5	Frecuencia de Enfermedad Periodontal de acuerdo al sexo en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el 2016.Frecuencia de Enfermedad Periodontal.	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Frecuencia de la Enfermedad Periodontal	53
Gráfico 2	Enfermedad periodontal según etario	54
Gráfico 3	Frecuencia de Enfermedad Periodontal según el rango de edades en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el 2016	55
Gráfico 4	Enfermedad periodontal según el sexo del paciente	56
Gráfico 5	Frecuencia de Enfermedad Periodontal de acuerdo al sexo en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el 2016.Frecuencia de Enfermedad Periodontal.	57

RESUMEN

El presente estudio es determinar la frecuencia de enfermedad periodontal en los pacientes de 20 a 70 años atendidos dentro del área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016. En esta investigación de diseño transversal y descriptivo se analizaron las historias clínicas de 244 personas que cumplieron con los criterios de inclusión de 20 a 70 años que se atendieron en el área de periodoncia del Hospital Militar Central con sede en la ciudad de Lima. El análisis estadístico se realizó en software SPSS statistic 20 con intervalo de confianza del 95% y una significancia de 0.05. Se obtuvo que la frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central fueron la patología de periodontitis crónica con un 50%, seguida por gingivitis aguda con un 37%, en relación al rango de edad se encontró que entre los 20 – 49 años se encuentra un 57% de frecuencia de la enfermedad y el sexo masculino fue el más predominante con un 60%. Por tanto en el área de periodoncia del Hospital Militar Central la frecuencia de atención de enfermedad periodontal fue alta durante el 2016.

Palabras Claves: Enfermedad Periodontal, gingivitis, periodontitis.

SUMMARY

The present study is to determine the frequency of periodontal disease in patients from 20 to 70 years of age served in the periodontics area of the Central Military Hospital during 2016. In this cross-sectional and descriptive design research, the clinical histories of 244 people were analyzed. They met the inclusion criteria of 20 to 70 years that were attended in the periodontics area of the Central Military Hospital with headquarters in the city of Lima. Statistical analysis was performed in software SPSS statictitis 20 with a 95% confidence interval and a significance of 0.05. It was obtained that the frequency of periodontal disease in patients attended from 20 to 70 years in the periodontics area of the Central Military Hospital was the pathology of chronic periodontitis with 50%, followed by acute gingivitis with 37%, in relation to the range of Age was found that between the ages of 20 - 49 there is a 57% frequency of the disease and the male sex was the most predominant with 60%. Therefore, in the area of periodontics of the Central Military Hospital, the frequency of periodontal disease care was high during 2016.

Key words: Periodontal disease, gingivitis, periodontitis..

CAPITULO I
EL PROBLEMA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades periodontales se han convertido en un problema de salud pública de alcance mundial. Afectan frecuentemente a los países en vías de desarrollo, en su mayoría y en especial a las comunidades más pobres. Están asociadas con la presencia de agentes patógenos. Las bacterias desempeñan un significativo papel en su aparición y desarrollo.

La periodontitis progresa de forma lenta. Transita desde una leve inflamación, conocida como: gingivitis hasta el daño de los tejidos y el hueso que sostienen los dientes, conocida como: periodontitis. Si la enfermedad de las encías deja de progresar, avanza paulatinamente y si agrava dependerá en gran medida del cuidado de los dientes y encías de forma sistemática a partir de la detección de la enfermedad.

La enfermedad inicia con un gingivitis que es un proceso inflamatorio y sangrado de la encía sin afectar el hueso y al no ser tratadas correctamente evolucionan a un estadio más avanzado, y así se desarrolla el proceso destructivo denominado periodontitis, en el que se ve afectada la encía y el periodonto de soporte, lo que provoca a futuro la pérdida de piezas dentarias.^{1,2} La enfermedad periodontal se inicia alrededor de los 30 a 35 años, su gravedad aumenta al paso del tiempo, aunque es también común entre los jóvenes.³

Los signos y síntomas que pueden indicar la presencia de las enfermedades periodontales y advierten al paciente que sufre de periodontitis, se manifiesta por: enrojecimiento, sangrado de encías, halitosis, encías sensibles que sangran con facilidad, dolor al masticar, movilidad dental, hipersensibilidad dental, bolsa periodontal y por lo general se origina cuando existe acumulación de biofilm en los dientes.^{2,4}

La revisión de la literatura le permite al autor de la presente investigación aseverar que los estudios sobre la prevalencia y tratamiento de las enfermedades periodontales no son numerosos en el Perú; Sin embargo, constituye la causa más común de pérdida de dientes en la población peruana. Informes del MINSA aseveran el 85%⁵ de prevalencia en enfermedad periodontal, por lo que es considerada una de las mayores amenazas para la salud dental de nuestro país.

Un ejemplo de ello son los pacientes que se atienden en el área de periodoncia del Hospital Militar Central, siendo un promedio de 10 pacientes al día, los que oscilan en edades desde los 13 hasta los 80 años, con predominio del sexo masculino. Es oportuno conocer la frecuencia en que se manifiesta esta enfermedad, la que en los últimos años ha evidenciado un ascenso. Ello permitirá trazar estrategias para su prevención, desde edades tempranas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes de 20 a 70 años, atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Las patologías buco-dentales al día de hoy son un importante problema de salud por la alta frecuencia en la que se presenta, afectan el estado físico y psicológico de las personas y de la sociedad, ya que provocan malestar general, limitaciones, discapacidad funcional, pero sobre todo dolor, por lo que influye en la calidad y tiempo de vida de la población.

El propósito de esta investigación fue conocer cuál es la frecuencia de enfermedades periodontales en pacientes de 20 a 70 años segmento que fueron atendido en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016 mismo que pude realizar el internado hospitalario.

A partir de esta experiencia se pudo recabar datos estadísticos del Ministerio de Salud del Perú, con esta información, se ha podido constatar que la actual

condición en materia de salud oral en el Perú, está atravesando por un estado crítico, y esto es debido particularmente a la alta frecuencia de afecciones bucales, las cuales son consideradas ya como un grave problema de salud pública, y en donde encontramos un 90% en caries dental, además de un 85% de enfermedad periodontal y 80% en maloclusiones indicadores que revelan una realidad crítica en materia de atención a la salud bucal.⁵

Al observar esta realidad el autor corrobora que, en comparación con los indicadores latinoamericanos de salud bucal, no existe gran diferencia con respecto a Perú, esto se vuelve preocupante y obedece al poco interés gubernamental, y a la población excluida, así como a la extrema pobreza, esencialmente en la sierra y selva peruana, donde los índices porcentuales de caries dental y enfermedad periodontal son altos.

Para mejorar la situación de prevención de la enfermedad periodontal, la sociedad y sus entidades tienen deberes y derechos que cumplir, por lo que se debe investigar sobre las causas y plantear propuestas con solución, para esto se busca fortalecer los conocimientos y prácticas en el área de promoción y prevención de salud, a partir de los resultados de trabajos que sirvan de base a los programas de salud bucal. El estudio es importante porque permite conocer la cantidad de veces que se manifiesta la enfermedad y por ende contribuir con el inicio de la mejora de los estándares de vida como el acceso a la atención primaria de salud; también ayudara a resolver los problemas periodontales de la población. A través del estudio se podrá plantear estrategias que permitan reducir los índices de enfermedad periodontal en la sociedad, ya que en sus estados avanzados ocasiona severas consecuencias sobre la cavidad bucal, afectando su capacidad masticatoria y generando problemas de salud bucal y seguidamente colocando en riesgo la integridad de la pieza dental. Se puede mencionar que también contribuye como evidencia científica la poca atención que se tiene para las enfermedades periodontales las cuales siguen estando atacando a nuestra población.

1.4. OBJETIVO

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes de 20 a 70 años atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el 2016.

1.4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Determinar la frecuencia de gingivitis en pacientes de 20 a 70 años atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016.
2. Determinar la frecuencia de periodontitis en pacientes de 20 a 70 años atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el 2016.
3. Determinar la frecuencia de enfermedad periodontal según el grupo etario en los pacientes atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016.
4. Determinar la frecuencia de enfermedad periodontal de acuerdo al sexo en los pacientes atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Martínez M. A, Llenera E. M, Peñaherrera M. S (2017), Realizaron una investigación con el objetivo de determinar qué tipo de enfermedad periodontal se encuentra con mayor prevalencia y cuál es el factor de riesgo que más frecuente. Mediante un estudio de tipo transversal y descriptivo en una urbe de 300 pacientes de la Universidad Central del Ecuador durante el 2015, mayores de 18 años, a los que se les pudo realizar un examen clínico a nivel periodontal, diagnóstico e identificación de los factores de riesgo; además se les aplicó una encuesta para determinar el nivel de conocimiento sobre higiene. Dichos datos se sometieron al análisis estadístico, lo cual arrojó como resultado que la periodontitis es la de mayor prevalencia con un 53% y que además estaba asociada al factor de higiene oral, y que el nivel de conocimiento de la población era regular.⁶

Navarro, J. (2016), Se realiza durante el 2014 hasta el 2015 un trabajo científico que tenía como objetivo identificar el estado periodontal en adolescentes de la escuela de secundaria Básica Urbana “Raúl Pujols” en la ciudad de Santiago de Cuba, el estudio observacional, descriptivo y transversal estuvo constituido por 75 estudiantes entre 11 y 16 años de edad de ambos sexos. Los resultados arrojaron que la gingivitis leve se encontró en un 66,7% de los adolescentes y que estaban relacionados con la higiene bucal deficiente y que además el sexo femenino fue el que más predominó en este estudio con un 58,6%. En conclusión la gingivitis fue la más encontrada en los adolescentes relacionado a una mala higiene.⁷

Santana, K. et al (2014), Presentaron un estudio descriptivo y transversal de 415 pacientes con enfermedades periodontales seleccionadas por aleatorio simple del servicio de odontología del Policlínico Docente “Camilo Torres Restrepo” en Santiago de Cuba en julio 2013 y así medir las características del tejido periodontal, entre los resultados se encontró que la gingivitis fue la de mayor frecuencia con el 49,6 %, siendo en el sexo masculino el 54,2 % entre el grupo etario de 50 a 59 años con el 38,6 %. En conclusión han resaltado que el problema de salud ha estado presente en la población mencionada y que la condición afecta más a la población masculina con la gingivitis.⁸

Taboada A. O. (2014), Elaboró un trabajo científico para lograr determinar la autopercepción de caries dental y de enfermedad periodontal en pacientes adulto mayor del estado de Hidalgo (México). Se conoce como un tipo de estudio observacional, transversal y descriptivo en 102 pacientes de ocho comunidades rurales, a los cuales se les aplicó Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), los resultados arrojaron que la apreciación de los problemas de salud bucal fue de 42.3 (+/-11), lo cual muestra una mala autopercepción en lo físico, en lo psicosocial, así como la presencia de malestar o dolor y una deficiente salud bucodental, la población, además se ubica en un nivel socioeconómico bajo, y esto podría explicar por qué el 73.5% percibe su estado bucal como malo, la prevalencia caries fue del 100% y de enfermedad periodontal en 97%.⁹

Robello, J. at el (2014). Un grupo de investigadores tenían como principal objetivo lograr determinar la frecuencia de las enfermedades bucales en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de San Martín de Porres durante el 2013; siendo un estudio de tipo trasversal, descripto comparativo de enfoque cualitativo en una población de 1000 pacientes que se atendieron y se les diagnóstico. Los resultados dieron que la enfermedad con mayor frecuencia es la gingivitis generalizada con un 40,8%, en mujeres en 24% y hombres 16,8% con mayor porcentaje en pacientes fue entre el grupo etario de 31 a 40 años con un 49,5%. Concluyen que la presencia de gingivitis fue más frecuente en el sexo femenino en un rango de edades de 31 a 40 años.¹⁰

Díaz, C.Y. (2014), El objetivo principal fue caracterizar la enfermedad periodontal inflamatoria crónica en una población adulta del policlínico de Encrucijada (Cuba). Es un estudio epidemiológico descriptivo transversal en una población mayor de 19 años; el universo de estudio compuesto por 1082 personas, pero fueron seleccionadas 299 por muestreo aleatorio simple. En donde hallaron que la relación entre el estado periodontal y los grupos etarios, el grupo de 19 a 34 años predominó la Gingivitis con un 30% y en el de 35 a 59 años fue la Periodontitis

con un 26% y que se presenta con mayor frecuencia en la raza caucásica y de similar resultado en ambos sexos 30%. Como conclusión la enfermedad periodontal fue más frecuente en la raza blanca, y en ambos sexos con similares resultados; el grupo de edad que más se afectó fue el de 19-34 años que padecía de gingivitis.¹¹

Pérez, H. L. (2011), Se presentó una investigación para determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal y su relación con los factores de riesgo, fue un estudio de tipo descriptivo y transversal que consto de 426 pacientes, entre 15 a 59 años de edad de los consultorios médicos del Policlínico “Pedro Borrás” durante los años 2007 y 2008. Se aplicó el índice periodontal y de higiene bucal mediante una historia clínica periodontal, se calculó la tasa de frecuencia con un intervalo al 95% de confianza mediante la prueba chi cuadrado. Se consiguió un 62,4% de frecuencia de enfermedad periodontal en ambos sexos de igual manera, con un 51,1% en todas las edades estudiadas (15 a 59 años), además, fue la gingivitis la más presente, con un 48.1% y que prevalece y aumenta con el paso de los años.¹²

Pulido, M. Gonzales, F. Rivas, F. (2011), Presentaron un trabajo de investigación en la ciudad de Cartagena, Colombia, para lograr establecer la prevalencia de enfermedad periodontal, las necesidades de tratamiento y los factores asociados en estudiantes. Fue un estudio transversal realizado en estudiantes seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado proporcional al tamaño de cada curso, siendo 392, teniendo en cuenta una población de 902 habitantes entre varones y mujeres entre las edades de 10 y 19 años con previa autorización otorgada por los padres. Obtuvieron como resultado, que los pacientes que participaron tenían al menos un indicador de enfermedad periodontal siendo la gingivitis con un 63,9%, en el índice de higiene oral de Green y Vermillon, el 77,7 % presentó índices bacterianos altos. Se obtuvo un modelo en el cual el sexo fue similar, estrato y estado de higiene explican la gravedad de la enfermedad periodontal y las necesidades de un tratamiento preventivo.¹³

Otero J, Proaño D. (2009), El propósito principal del estudio fue determinar la prevalencia de enfermedades periodontales, factores de riesgo y su consecuente necesidad de tratamiento en el personal masculino entre 17 y 21 años que ingresó en el año 2000 al servicio militar en Lima. El estudio fue transversal descriptivo. La muestra consistió en 263 sujetos elegidos por muestreo aleatorio sistemático. La prevalencia de los hallazgos fue como sigue: de cálculos dentarios fue de 77,4%, de profundidad al sondaje (entre 4-5 mm) fue de 22,4%, hemorragia al sondaje de 0,4%, pérdida de fijación entre 4-5 mm fue de 21,5% y =6 mm fue de 1,1%. Los sujetos en estudio necesitaron educación en higiene bucal y raspado profesional y donde todos los pacientes examinados mostraron al menos una señal característica de la enfermedad periodontal. ¹⁴

Ruiz H. y Herrera A. (2009) Estos especialistas de la Habana Cuba, presentaron una investigación para evaluar la prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor, fue un estudio descriptivo de corte transversal con una población de 232 adultos mayores de los cuales 65 fueron escogidos al azar mediante una tabla aleatoria en el 2005 al 2006. El estudio reveló que el 55.38% de los pacientes padecían de gingivitis y que ninguno de los encuestados presentó periodontitis con bolsa y movilidad, además comprobaron que el sexo femenino fue el más predominante con el 57%. Estos concluyen que la gingivitis se presentó con frecuencia en los adultos mayores de Policlínico Manuel Fajardo, siendo el sexo femenino el más afectado y que sus formas clínicas son más severas a medida que avanza el envejecimiento de los pacientes.¹⁵

El análisis de estos estudios realizados sobre las enfermedades periodontales permite al autor del presente trabajo, estimar que varias de las investigaciones citadas coinciden con la prevalencia de las enfermedades periodontales, siendo la periodontitis la más predominante, en sexo no hay distintivo y el rango de edades es similar al estudiado.

2.2. BASE TEÓRICA

1. Enfermedad periodontal:

Es un término que abarca a un conjunto de afecciones que atacan al órgano periodontal (hueso, encía, diente), que se caracteriza por tener periodos de actividad e inactividad, en donde se tiene como resultado un proceso inflamatorio que afecta el tejido gingival y al ligamento periodontal, ya que ocasiona una pérdida progresiva a su vez, del tejido óseo. ¹⁶

Se cree que la enfermedad periodontal involucra factores locales, sistémicos, del medio ambiente y relacionados al estilo de vida, como: la higiene oral, el hábito de fumar e incluso el interés por parte de la organización de los servicios de salud, por eso se puede mencionar que es una enfermedad de etiología multifactorial. ^{14,16}

Existen diversos tipos de enfermedad periodontal, las cuales comparten senderos similares de destrucción, pero que diferencian en su historia natural, su origen, progreso y respuesta terapéutica. ¹⁷

1.1. Diagnóstico Periodontal

La clasificación de la enfermedad periodontal se rigen bajo la propuesta hecha por la Asociación Americana de Periodoncia. ¹⁷ y su observancia es de aplicación general, y para tal efecto en este documento de investigación se aborda aspectos distintivos relacionados al diagnóstico.

Para determinar la presencia de la enfermedad periodontal lo principal que realiza el profesional es la entrevista y el llenado de la historia clínica, para identificar cualquier factor que pueda servir como señal para sospechar sobre la enfermedad como: el consumo de tabaco o el uso de ciertos medicamentos. Al examinar la boca es clave detectar la acumulación de biofilm y comprobar el sangrado con el sondaje y medir la profundidad de la bolsa el cual sí es de 4 mm a más, se puede indicar como una periodontitis, esto mediante un periodontograma. La toma

radiográfica es también importante ya que nos muestra si hay una disminución de la masa ósea en las zonas donde se sospecha de la lesión.¹⁸

Las enfermedades periodontales que analizaremos, tienen como agente causal común el acúmulo de placa dentó-bacteriana, pero que en su desarrollo y/o evolución puede ser alterada por condiciones sistémicas como la presencia de enfermedades tales como la diabetes, afecciones cardiovasculares, HIV, así también aspectos tales como: traumas oclusales, restauraciones desbordantes, hábitos, como el fumar o el alcohol, el estrés y estilo de vida.¹⁹

1.2. Factor de riesgo:

Se han clasificado los factores de riesgo de la enfermedad periodontal en dos segmentos. Los locales: en donde encontramos al periodonto en contacto inmediato con un medio ambiente que le provoca una reacción inflamatoria, como lo es la placa dental, caries dental, restauraciones deficientes y hasta mal posiciones dentales. Por otro lado, tenemos la parte sistémica, que viene a ser el estado general del paciente, entre lo que encontramos: embarazo, consumo de alcohol o acción medicamentosa, predisposición genética, trastornos nutricionales, enfermedades sanguíneas, diabetes mellitus y cardiovasculares.²⁰

2. Gingivitis:

Se determina, cómo la inflamación de la encía en diferentes grados pero que no llega afectar de manera permanente a los tejidos de soporte, en sus componentes cómo el hueso, cemento y ligamento periodontal. En atención a sus signos se puede observar entre otros efectos un desplazamiento del margen gingival en relación a la unión cemento-esmalte por causa del ensanchamiento gingival producto de la inflamación, pero sin la formación de la bolsa periodontal con pérdida de inserción periodontal y hueso alveolar. Al realizar el sondeo se puede evidenciar sangrado, que además se debe analizar cuidadosamente para descartar “falsas bolsas periodontales” con una profundidad de hasta 3.9 mm al igual la pérdida ósea radiográfica.^{19, 20}

Dentro del análisis crítico se deben interpretar todos los parámetros clínicos periodontales, así como la evolución ya que la parte más complicada es identificar y reconocer los sitios que han pasado de ser una gingivitis a una periodontitis. Ciertos estudios mencionan que el error al realizar el sondaje se ve afectado por el grado inflamatorio, el cual fácilmente puede pasar de una profundidad de 3 mm a 4 mm, es decir, con una margen de error de aproximadamente 1 mm y si le sumamos a esto la baja sensibilidad radiográfica, para así descartar el error al sondaje.²⁰

2.1. Enfermedades gingivales inducidas por biopelícula

Se reconoce que la gingivitis puede o no convertirse en una periodontitis y la principal razón de la inflamación gingival la cual está asociada comúnmente con la acumulación de placa bacteriana o biofilm, puede ocurrir también en dientes previamente tratados con periodontitis, se denomina gingivitis simple con pérdida de inserción preexistente y en los dientes sin pérdida de inserción adicional.^{21, 22}

Durante la revisión literaria el autor encuentra que es importante que para el diagnóstico de la gingivitis se deba de nombrar o denominar según la ubicación en la cual se presenta la inflamación, por ejemplo, encía marginal, papilar o difusa, etc, es decir, se debe denominar según la anatomía gingival afectada.

2.2. Enfermedades gingivales no inducidas por biopelícula

Consideradas como las más raras, se sabe que está ligada a condiciones sistémicas, hongos, virus y bacterias son las principales causantes de este tipo de lesiones, así como enfermedades de transmisión sexual pueden influenciar en la salud de los tejidos periodontales, cómo la Gonorrea (*Neisseria Gonorrhoeae*) y Sífilis (*Treponema Pallidium*).^{16,22}

La inflamación aguda primaria de la mucosa oral, que provoca malestar como: fiebre y dolor, así como inflamación de los tejidos gingivales, provocando sangrado y hasta la formación de abscesos son por la gingivitis estreptocócica primaria y puede tratarse con raspado y alisado radicular, además de una profilaxis ya medicación con antibióticos.²²

La gingivo-estomatitis herpética primaria, es causada por el virus del herpes simple tipo I, se presenta comúnmente a través de una infección en jóvenes y adultos de manera asintomática y silenciosa y que puede causar lesiones gingivales provocando enrojecimiento, inflamación, sialorrea y en algunos casos puede provocar la formación de pequeñas úlceras dolorosas y poco profundas.²³

Después de un primer contagio, el virus herpes queda presente en el ganglio del nervio trigémino, este puede reactivarse en cualquier momento de la vida, debido a problemas inmunes o estrés, que provocan el herpes labial recurrente, gingivitis y estomatitis. Estas lesiones son generalmente son auto limitantes y sanan en un período de una a dos semanas. Las lesiones gingivales de origen micótico ocurren de manera usual en pacientes con renales o problemas de estados inmunocomprometidos.²³

Al encontrarse con la presencia del virus cándida albicans, se da por entendido de la presencia de una infección micótica común como la candidiasis, la cual a menudo se encuentra en pacientes con aditamentos protésicos y en pacientes con boca seca debido a los medicamentos o la poca funcionabilidad de las glándulas salivales. Clínicamente se observa lesiones blanquecinas en la encía, lengua, mucosa, las cuales se pueden retirar con un algodón o gasa humedecidos, dejando una superficie eritematosa y sangrante en algunos casos. El tratamiento con agentes antifúngicos es el más recomendado para esta condición.^{19, 23}

Las afecciones gingivales también pueden ser provocadas por desórdenes genéticos sistémicos mucocutáneos, una de las condiciones más comunes asociada es la fibromatosis gingival hereditaria autosómica dominante, además

puede estar afectada por traumas, reacciones alérgicas, o reacciones a cuerpos extraños.^{23, 24}

La fibromatosis gingival hereditaria autosómica dominante, es una condición poco común, que compromete ambas arcadas y se manifiesta en forma benigna, en donde se observa tejido gingival agrandado pero asintomático, puede encontrarse de forma aislada o asociada con otros síndromes como, retraso mental, epilepsia, anomalías en extremidades.²³ El tratamiento es la gingivoplastia, pero existe el riesgo de la recurrencia. Encontramos otras circunstancias sistémicas como el pénfigoide, el eritema multiforme, el pénfigo vulgaris, y el lupus eritematoso pueden causar lesiones descamativas y ulcerosas.²⁵

Las modificaciones hormonales pueden promover cambios dentro de la microflora oral y favorecer el predominio de ciertos microorganismos como la *Prevotella intermedia*, que produce una reacción inflamatoria en el periodonto, y que se presenta con frecuencia durante la pubertad, el embarazo, la menopausia, o con el uso de anticonceptivos.²⁶

Es raro encontrar cambios gingivales producto a una reacción alérgica a ciertos materiales restauradores, pastas dentales, enjuagues bucales, entre otros, aunque se han presentado. Por ejemplo, el uso inadecuado del cepillo dental o el uso agresivo del hilo dental pueden ocasionar lesiones gingivales de manera intencional, así como, bebidas o alimentos calientes que pueden provocar quemaduras leves sobre los tejidos gingivales.²⁵

Hay lesiones traumáticas provocadas por el profesional de forma iatrogénica durante el examen bucal o durante la atención propiamente dicha. Alimentos pequeños o crujientes, pueden estancarse en las áreas proximales y directamente en los tejidos gingivales y provocar este tipo de lesiones.²⁷

2.3. Epidemiología de la Gingivitis

Podemos encontrar la gingivitis durante la infancia, pero se vuelve más común durante la adolescencia y tiende a disminuir en la edad adulta.²⁶ Un estudio llevado a cabo hace 18 años, utilizó el CPITN en la ciudad de Santiago donde arrojó que el 90,9% de la población adulta entre 35 a 44 años presentaron PS > 3,5 mm y el 100% de los adultos entre 65 a 74 años, estableciendo que la necesidad de mayor valoración y tratamiento periodontal complejo de esta población era alta, con un 40,7% en adultos y un 71,4% en adultos mayores, respectivamente, además, asociada al género masculino, la edad y el nivel socioeconómico.²⁸

Recientemente un estudio determinó el grado de inflamación gingival en una muestra de adultos de 18 años a más, en una comunidad en Santiago, se encontró que el 99,1% de los individuos presentan un promedio de IG \geq 0,5 y el 80,2% de ellos presentaron \geq 50% de sus sitios periodontales con presencia de sangrado a la exploración²⁸. La necesidad de un tratamiento periodontal sigue siendo alta en dicha comunidad y desde el punto de vista para controlar el estado inflamatorio encontrado.²⁹

Se realizó el primer estudio nacional de la Enfermedad Periodontal en adultos entre los años 1960 a 1962, arrojó que el 85% de los hombres poseían algún grado de la gingivitis y un 79% en las mujeres. En el estudio nacional de salud y nutrición realizado entre 1988 y 1994 (NHANES III), reportó que el 63% de los adolescentes entre 13 y 17 años presentaban sangrado gingival y que más del 50% de adultos tenía gingivitis en un promedio de tres a cuatro dientes. Ambos estudios evaluaron sangrado con un método de valoración gingival.³⁰

3. Periodontitis:

Se conoce la periodontitis como una afección en los tejidos periodontales de sostén, producto de una inflamación infecciosa que destruye de forma crónica y progresiva, al hueso y al ligamento periodontal de sostén. Clínicamente, la periodontitis se diferencia de la gingivitis por la pérdida ósea detectable. Generalmente se acompaña con la presencia de sacos o bolsas periodontales y la modificación en la altura y densidad del hueso alveolar subyacente.^{31, 32}

La enfermedad se desarrolla después de una gingivitis antes instalada, suele aparecer en pacientes inmuno-suprimidos, en pacientes con altos factores de riesgo como: fumadores, mala higiene y consumo de medicamentos; en mediadores pro-inflamatorios y presencia de microflora bacteriana periodonto patogénico predominante, así como la predisposición genética. Estas condiciones predisponen a la formación del verdadero saco o bolsa periodontal. Dicha bolsa es el lugar predilecto, de reservorio y de proliferación de las bacterias patogénicas, las cuales sostienen y aumentan el progreso de la enfermedad.³³

A criterio del autor, la patología tiene una evolución lenta, se caracteriza por la destrucción no reversible del tejido de soporte, que resulta en una lesión progresiva de la inserción, y particularmente si no recibe tratamiento adecuado y a tiempo puede conllevar a la pérdida de la pieza dental. Se presenta una variación en la velocidad de evolución de la periodontitis cuando comprende las diferentes etapas de la enfermedad, por lo tanto representa actualmente un problema de salud pública que causa discapacidad y deficiencia en la calidad de vida y hasta desigualdad social. La frecuencia de esta enfermedad sigue siendo alta, aunque se reconoce una mejoría epidemiológica en las últimas décadas, especialmente en países del primer mundo, aun así sigue afectando aproximadamente al 11% de la población a nivel mundial.

3.1. Epidemiología de la Periodontitis.

Según estudios realizados por diversos autores reconocen que la Periodontitis crónica comienza a aparecer alrededor de los 20 años, con una prevalencia que puede oscilar entre el 13% y el 15% a los 30 años y que puede aumentar hasta un 60% y a partir de los 50 años al 80% de las personas.³⁴

Para Periodontitis agresiva se presente generalmente en edad tempranas, antes de los 20 años y pueden ser localizadas o generalizadas y presentan un patrón de destrucción severo, su prevalencia es baja. En otras razas y en particular la raza negra la enfermedad es más prevalente.³⁵

Según un estudio realizado por Peña (2008), encontró que la periodontitis moderada ocurrió en el 28% de toda la población mientras que el 8% tenía la enfermedad avanzada. No obstante, la prevalencia de la periodontitis moderada y severa aumentó en un 44% en los pacientes mayor de 45 años de edad. Basados en la presencia de las bolsas periodontales de ≥ 4 mm, se comprobó que el 30% de la población tenía periodontitis en al menos de tres o cuatro dientes. Se encontraron bolsas profundas de ≥ 6 mm en menos de 5% de la población y la prevalencia de la periodontitis agresiva fue baja con menos del 1 %.³⁶

Al respecto, la frecuencia de la enfermedad periodontal ha sido estimada hasta en un 70 % en adultos en los Estados Unidos, para Alemania los sectores afectados llegan a ser de 3,6% a la edad de 35 a 44 años y de 2,6% en los de 65 a 74 años, mientras que Japón tiene 4,2% y 3,6%. Están muy asociadas a las condiciones socioeconómicas y sobre todo a los estilos de vida, son la segunda causa de pérdida dentaria. En Cuba 52 % del total tiene algún grado de afectación. El grupo de 35 – 44 años de edad, es el que mayor problema presenta, con un 74,5 %.³⁷

En el caso de América del Sur según Gjermo y col³⁸. Se reporta la prevalencia concretamente para dos países: Brasil con una prevalencia de periodontitis crónica del 52% y agresiva del 15% en tanto para Argentina se menciona una prevalencia del 28% de periodontitis crónica y 19% de periodontitis agresiva.

3.2. Curso Clínico de la Periodontitis:

La enfermedad periodontal es una condición inflamatoria e infecciosa que afecta los tejidos de sostén del diente. Hoy en día y dependiendo de la gravedad de la enfermedad, se le denomina, gingivitis (inflamación de las encías) o periodontitis (lesión en los tejidos de soporte). Estas enfermedades son producidas por bacterias que habitan normalmente en la boca y que actúan en función benéfica de protección, pero que cuando se ve alterada, ocurre por un acumulo en el área de unión entre la encía y el diente, se vuelve perjudicial para el paciente y da inicio al proceso de la enfermedad. En algunas ocasiones existen infecciones de bacterias extrañas y externas que producen un tipo de enfermedad más agresiva.³⁹

En la historia de la periodoncia, la periodontitis ha sido considerada como una enfermedad paulatinamente progresiva, pero con una evolución crónica y continua. Esto se afianza por investigaciones epidemiológicas que muestran una pérdida progresiva de la inserción con el envejecimiento. Sin embargo, estudios de Goodson J.M y col. (1982),⁴⁰ Socransky S.S y col, (1984)⁴¹ han comprobado que la pérdida de la inserción se produce en brotes y nunca de forma homogénea en toda la arcada en las periodontitis.

El tratamiento periodontal varía según la gravedad de la enfermedad, si es tipo leve o severa, si está asociada a una alteración modificadora como el tabaco o la diabetes. Puede ir desde una profilaxis simple, para recuperar la salud de las encías o hasta la cirugía periodontal para recuperar espacio óseo y devolver al hueso, su estado original y así evitar una mayor complejidad dental. En los casos en donde nos encontramos con una pérdida de tejido de soporte en dientes aislados o en algunas paredes radiculares se puede realizar la cirugía periodontal con micro injerto para así cubrir la parte descubierta por las encías tras su deterioro.⁴²

3.3. Periodontitis Crónica

Los signos clínicos en pacientes con periodontitis crónica típicamente, inflamación gingival, abundante placa supragingival y subgingival, la aparición de bolsas, pérdida de inserción periodontal y pérdida de hueso alveolar. Generalmente, se tiende a diagnosticar mediante la localización de los cambios inflamatorios crónicos en la encía marginal, la profundidad de las bolsas periodontales y la pérdida de inserción clínica, auxiliariamente, por medio de radiografías, que muestran una baja densidad ósea.⁴⁴

Los factores habitualmente son provocados de manera sistémica o ambiental y que se agravan debido a efectos específicos en los sitios de acumulación de placa bacteriana y que suelen ser, edema gingival, sangrado, pérdida de inserción y pérdida ósea.⁴⁵

Cuando no se utilizan los criterios de diagnóstico unificados, resulta problemática su clasificación, por esta razón la Federación Europea de Periodoncia (2005) define un caso modelo de periodontitis como, ≥ 2 sitios independientes con pérdida de inserción, ≥ 3 mm formación de bolsa periodontal. Así mismo, la extensión, puede ser clasificada como localizada con un $\leq 30\%$ de sitios afectados y generalizada con un $> 30\%$ de sitios afectados.^{45,46}

El análisis revisado por el autor de la presente investigación permite aseverar que, la forma de evidenciar la severidad de la destrucción periodontal y el único parámetro para mostrar la magnitud del daño es el nivel de inserción clínica (NIC). Por lo tanto, la severidad de la enfermedad puede ser clasificada como leve (NIC es 1 – 2 mm), moderada (NIC es 3 – 4 mm) y severa (NIC es + 5 mm), variado por el grado de pérdida de inserción en un diente, teniendo como referencia la longitud radicular.

3.4. Periodontitis Agresiva.

Es la forma agresiva de la enfermedad, que tiene como peculiar signo, la pérdida avanzada de tejido de soporte periodontal y sobretodo, una rápida progresión, a esto se le suma factores sistémicos modificantes, inmunológicos y genéticos, que favorecen a su aparición acelerada.^{45,47}

Puede presentarse en cualquier edad, pero generalmente, la periodontitis agresiva se da en sujetos menores de 35 años, su progreso es acelerado, dado que comienza en edades tempranas y en sujetos jóvenes. El diagnóstico no debe basarse solamente en la edad sino en exámenes clínicos, radiográficos, antecedentes familiares y personal, análisis de laboratorio.⁴⁸

Estas enfermedades se han clasificado en dos formas clínicas: la Periodontitis Agresiva Localizada (PAL), que se caracteriza por comenzar alrededor de la pubertad, el sangrado gingival en el sondaje comprueba la presencia del proceso inflamatorio, la destrucción interproximal periodontal es localizada en el primer molar o incisivo y no afecta o compromete de dos dientes adicionales afectados.^{45,48}

La Periodontitis Agresiva Generalizada (PAG) se diferencia principalmente de la PAL por la cantidad de dientes permanentes comprometidos, pérdida de inserción interproximal generalizada, afecta al menos tres dientes adicionales además de primeros molares e incisivos. Generalmente se presenta en pacientes menores de 30 años, pero se puede presentar en pacientes de más edad; la destrucción de inserción y del hueso alveolar, es de marcada índole episódica.⁴⁹

Si se hace una revisión detallada del término, “agresiva” implica que es más grave que la periodontitis crónica. Esto quiere decir que durante el análisis clínico y en presencia de un posible caso de periodontitis agresiva, se debería calcular la velocidad de destrucción de inserción en un tiempo determinado sin hacer tratamiento.⁵⁰

La revisión realizada por el autor sugiere que, en la actualidad, no existen diferencias significativas entre los signos y síntomas clínicos, así como las características inmunológicas que permitan en conjunto establecer una diferencia en el origen patogénico, entre periodontitis agresiva y periodontitis crónica. Más aún, la respuesta al tratamiento y el mantenimiento de la salud periodontal es muy similar entre ambas enfermedades.

Además como se ha manifestado luego de realizado el levantamiento de la información epidemiológica concerniente a nuestra investigación se produjo un cambio en la clasificación de enfermedades periodontales en el año 2017 y publicada en el año 2018, que tipifica la periodontitis de acuerdo al estadio y progresión de la enfermedad, con criterios y nombres distintos. Sin embargo hasta la actualidad son válidos los criterios del CIE 10 para la clasificación de enfermedades periodontales, los cuales son utilizados en las historias clínicas del Hospital fuente de nuestro trabajo de investigación de acuerdo a la Norma nacional del MINSA y en base a los cuales se hizo el registro de casos que mostraremos posteriormente.

3.5. Periodontitis como Manifestación de Enfermedades Sistémicas

Las condiciones sistémicas como, la diabetes están asociadas con esta forma de periodontitis. Desórdenes hematológicos y genéticos, Síndrome de Down, Síndrome de Papillon – Lefèvre, Síndrome de Cohen, neutropenias adquiridas, familiares y cíclicas, leucemias, e hipo-fosfatásia, también se han asociado con el desarrollo de periodontitis.^{44,51}

Se especula que estas enfermedades sistémicas puedan alterar los mecanismos de defensa del huésped y regular las respuestas inflamatorias, lo que favorece con la destrucción periodontal progresiva. Los mecanismos por los que dichos desórdenes afectan la salud del periodonto no se han entendido completamente y continúan siendo revisados por muchos investigadores.^{52, 53}

Recientes hallazgos, que relacionan la periodontitis con otras enfermedades sistémicas, han llevado al desarrollo de vacunas periodontales, sin embargo, solo se limitan a ensayos realizados en modelos con animales.^{53, 54, 55}

3.6. Enfermedades Periodontales Necrosantes.

La clasificación de las enfermedades periodontales necrotizantes han sido divididas en dos, por La Academia Americana de Periodoncia (AAP), que son, la la Gingivitis necrotizante (GN) y la secuela de la primera, la Periodontitis necrotizante (PN). Hallamos una variación más agresiva e invasiva que destruye tejido intra y extraoral^{56, 57} a profundidad y es la Estomatitis necrotizante (EN), también llamada Noma^{58, 59, 60}

Por tanto podemos decir que las enfermedades periodontales necrotizantes, son progresivamente rápidas, destruyen tejidos desde el gingival hasta el óseo, teniendo estadios de avance de la lesión según la distribución del área necrosada; que inician con la necrosis del extremo de la papila y termina con necrosis completa de la misma, necrosis que afecta la encía marginal, necrosis que afecta la encía adherida, necrosis que llega a la mucosa labial, exposición del hueso

alveolar y perforación de la cara. Estos estadios serían el paso a paso de una gingivitis necrotizante a una estomatitis necrotizante.^{61.62}

Se observan estas lesiones en individuos con condiciones sistémicas comprometidas, como infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), malnutrición, e inmunosupresión. Los mismos signos clínicos, excepto que la Periodontitis Ulcero Necrotizante (PUN) la cual involucra una pérdida de inserción clínica y de hueso alveolar.⁶³

3.7. Abscesos del Periodonto

Es un acumulo de pus localizado, este resulta de la actuación de los polimorfonucleares contra las bacterias o sus productos, y está compuesto principalmente por células muertas, detritus, polimorfonucleares y macrófagos. Su principal característica es una profundidad de bolsa con exudado purulento en su interior y cuya salida para drenar se cierra.⁶⁴ Como los productos tóxicos generados por las bacterias en la bolsa no tienen por donde salir, se acumulan en el fondo de la bolsa periodontal y acompañado del contenido inflamatorio, origina el absceso periodontal.^{65, 66}

Generalmente los abscesos periodontales se forman por el empaquetamiento de alimentos en la profundidad de la bolsa o por el depósito de cálculo profundo, lo que impide el drenaje de la bolsa. Se pueden formar absceso de forma iatrogénicas al momento de la atención odontológica, cuando se realiza un raspado y alisado radicular inadecuadamente, comprometiendo el epitelio de unión con cálculos subgingivales remanentes que producen inflamación.⁶⁶

Otros factores locales pueden influir en este desequilibrio periodontal, como la eliminación incompleta del cálculo y placa bacteriana de la superficie radicular durante el tratamiento, lo que lleva al cierre en falso del tejido cervical y no deja salir el material purulento de la bolsa. Asimismo encontramos rarezas anatómicas como perlas de esmalte, lesiones de furca de molares invaginadas, surcos de desarrollo, maloclusiones o la impactación de alimentos. También, pueden influir

factores sistémicos como la diabetes, inmunodeprimidos, defectos genéticos, estrés, embarazo, etc. ⁶⁶

4. Clasificación de las Enfermedades Periodontales

Es de vital utilidad la clasificación de las enfermedades periodontales para su correcto y acertado diagnóstico, pronóstico y plan del tratamiento. Varias han sido las clasificaciones utilizadas en relación con las enfermedades periodontales, desde su aparición y descripción, las que se han ido perfeccionando a partir de la profundización en el conocimiento de la etiología y patología de esta entidad.

La clasificación utilizada, ha sido aportada por la Academia Americana de Periodontología. En las especificidades del proceso de clasificación del año 1989 no se contuvo un abordaje específico para las enfermedades gingivales. Lo que provoca la modificación de la clasificación para incluir una amplia y detallada categorización de las lesiones y enfermedades que se desarrollan en la encía y no solo a las descritas en las clasificaciones anteriores referidas con exclusividad a la presencia de placa bacteriana. ^{67, 68}

Cabe resaltar que en esta nueva clasificación es que al término simple de gingivitis no siempre se debe asociar a una lesión gingival y debe considerarse una adición cuando existe. ⁶⁸

- 1) Factores sistémicos tales como desórdenes del sistema endocrino,
- 2) Uso de ciertos medicamentos,
- 3) Estados de malnutrición,

I. Enfermedades gingivales

A.- Enfermedad por placa dental

1. Gingivitis asociada únicamente a placa
 - a. Sin otros factores locales contribuyentes
 - b. Con otros factores locales contribuyentes

2. Enfermedades gingivales modificadas por factores sistémicos

- a. Asociadas al sistema endocrino
 - 1) en la pubertad
 - 2) en el ciclo menstrual
 - 3) en el embarazo
 - a) gingivitis
 - b) granuloma piógeno
 - 4) gingivitis en diabetes mellitus
 - b. Asociadas a discrasias sanguíneas
 - 1) Gingivitis en la leucemia
 - 2) otras
3. Enfermedades gingivales influenciadas por medicación
- a. Influenciada por drogas
 - 1) agrandamientos gingivales inducidos por drogas
 - 2) gingivitis influenciada por drogas
 - b. influenciada por anticonceptivos
 - c. otros
4. Enfermedades gingivales modificadas por malnutrición
- a. gingivitis por deficiencia de ácido ascórbico
 - b. otros

B.- Enfermedades gingivales no asociadas a la placa

- 1. Lesiones originadas por bacterias específicas
 - a. Neisseria gonorrea
 - b. Treponema pallidum
 - c. Estreptococal sp.
 - d. otras variedades
- 2. Enfermedad gingival de origen viral
 - a. infecciones por herpes
 - 1) gingivoestomatitis primaria
 - 2) herpes oral recurrente
 - 3) varicela-zoster
 - b. otras

3. Enfermedad gingival de origen fúngico
 - a. infecciones por Candida sp.
 - 1) Candidiasis gingival generalizada
 - b. eritema gingival lineal
 - c. histoplasmosis
 - d. otras

4. Lesiones gingivales de origen genético
 - a. fibromatosis gingival hereditaria
 - b. otras

5. Manifestaciones gingivales de ciertas condiciones sistémicas
 - a. desórdenes mucocutáneos
 - 1) liquen plano
 - 2) penfigoide
 - 3) pénfigo vulgar
 - 4) eritema multiforme
 - 5) lupus eritematoso
 - 6) inducido por drogas
 - 7) otros
 - b. reacciones alérgicas
 - 1) materiales dentales
 - a) mercurio
 - b) níquel
 - c) acrílico
 - d) otros
 - 2) reacciones atribuibles a
 - a) dentífricos
 - b) enjuagues bucales
 - c) aditivos del chicle
 - d) alimentos y aditivos
 - 3) otros

6. Lesiones traumáticas (iatrogénicas, accidentales, incidentales)

- a. químicas
 - b. físicas
 - c. térmica
7. Reacciones a cuerpo extraño
8. No especificadas (NES)

II.- Periodontitis crónica

- A. Localizada
- B. Generalizada.

III.- Periodontitis agresiva

- A. Localizada
- B. Generalizada

IV.- Periodontitis con manifestaciones de enfermedades sistémicas

- A. Asociada con desordenes hematológicos
 - 1. Neutropenia adquirida
 - 2. Leucemias
 - 3. Otras

- B. Asociada con desórdenes genéticos
 - 1. Neutropenia cíclica y familiar
 - 2. Síndrome de Down
 - 3. Síndrome de deficiencia de adherencia de leucocitos
 - 4. Síndrome de Papillon-Lefevre
 - 5. Síndrome de Chediak-Higashi
 - 6. Síndrome de histiocitosis
 - 7. Enfermedad de almacenamiento de glucógeno
 - 8. Agranulocitosis genética infantil
 - 9. Síndrome de Cohen
 - 10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipo IV y VII)
 - 11. Hipofosfatasa
 - 12. Otras

C. No especificadas (NES)

V.- Enfermedades periodontales necrotizantes

- A. Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN)
- B. Periodontitis ulcerativa necrosante (PUN)

VI.- Abscesos en el periodonto

- A. Absceso gingival.
- B. Absceso periodontal.
- C. Absceso pericoronaral.

VII.- Periodontitis asociadas con lesiones endodóncicas

- A. Lesión combinada endoperiodontal.

VIII.- Deformidades y condiciones del desarrollo y adquiridas

A. Factores localizados al diente que modifican o predisponen la acumulación de placa que inducen enfermedad gingival y periodontitis

1. Factores de la anatomía dentaria
2. Restauraciones y aparatos dentales
3. Fracturas radiculares
4. Resorción radicular cervical y fisuras cementarias.

B. Deformidades mucogingivales y condiciones alrededor del diente

1. Recesión gingival y de tejidos blandos
 - a. superficies vestibulares y linguales
 - b. interproximal o papilar
2. Falta de encía queratinizada.
3. Vestíbulo poco profundo.
4. Posición aberrante de frenillo/muscular.
5. Excesos gingivales.
 - a. bolsa gingival. (Pseudobolsa)
 - b. margen gingival inconsistente.

- c. despliegue gingival excesivo.
 - d. agrandamientos gingivales.
6. Coloración anormal.

C. Deformidades mucogingivales y condiciones de procesos edéntulos

- 1. Deficiencia horizontal / vertical del proceso
- 2. Falta de tejido gingival queratinizado.
- 3. Agrandamiento de tejidos blandos/gingivales
- 4. Posición aberrante de frenillo /muscular
- 5. Vestíbulo poco profundo
- 6. Coloración anormal

D. Trauma oclusal

- 1. Trauma oclusal primario
- 2. Trauma oclusal secundario ⁶⁷

Al inicio de la presente investigación se contaba con una clasificación del año 1999, la cual tuvo que ser modificada debido a los cambios y actualizaciones que ocurrieron durante el desarrollo del trabajo, la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (EFP), han desarrollado ahora nuevo sistema de clasificación en el año 2018⁴³, que busca adaptarse a los conocimientos científicos actuales e intenta solucionar limitaciones y problemas que se generaban en sistema de anterior.

5. Importancia de las bacterias

El primordial agente desencadenador de la enfermedad periodontal, sin el cual no se desarrolla, es la acumulación de bacterias anómalas y de sus productos en la encía marginal, lo que provocan una inflamación inespecífica.^{69, 70.}

Aunque estas bacterias son necesarias para dar origen a la periodontitis, su presencia no es suficiente para causar la enfermedad.⁶⁹

6. Clasificación de los microorganismos orales:

Más de 500 subespecies han sido aisladas y que gracias a nuevas técnicas de laboratorio, han sido recolectadas y clasificadas de muestras bacterianas supra gingivales y subgingivales. Se calcula que, en las infecciones gingivales, la microbiota relacionada con la placa dental está representada por anaerobios facultativos en un 50%, anaerobios estrictos un 45% y hasta un 5% por especies de treponemas. Hoy, solo se clasifican como patógenos periodontales, a cerca de una docena de microorganismo.⁷¹

Los microorganismos que se encuentran mayormente gram negativos son, *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *T. forsythia*, *T. denticola*. Estas bacterias presentan capacidades biomecánicas para la evolución patogénica de enfermedades inflamatorias del periodonto. Es decir, son capaces de instalarse en superficies radiculares y celulares.⁷¹

Información recolectada nos lleva a expresar que los modelos actuales establecen que la presencia de especies bacterianas patogénicas no son lo suficientemente necesarias para provocar un desarrollo de periodontitis, lo que demuestra que primero deben existir tipos de colonias virulentas o factores locales y factores genéticos para iniciar la enfermedad

Una de las capacidades que poseen los microorganismos es la congregación, por ejemplo, la capacidad de agregarse uno o más tipos de bacterias y lograr formar un complejo o "cluster". Sabemos que el agente causal de la periodontitis son los microorganismos que proliferan y destruyen, pero el desarrollo y agresividad de la enfermedad depende de cómo es la respuesta del huésped a la extensión y la virulencia de la carga microbiana.⁷⁰

Como respuesta a los daños periodontales y sus endotoxinas, las células inmunitarias del periodonto, en su mayoría, los monocitos, secretan mediadores inflamatorios como prostaglandina E, interleuquina 1 y factor de necrosis tumoral. La inflamación es una respuesta del cuerpo como intento de protegerse de los patógenos, pero al mismo tiempo, dicha respuesta puede generar destrucción del

tejido conectivo de inserción periodontal y degeneración ósea cuando el cuerpo trata de eliminar la pieza dentaria afectada.⁷¹

7. Perú y la Enfermedad periodontal.

A través del Ministerio de Salud, el estado Peruano ha señalado, como uno de sus principales lineamientos para el periodo 2002 – 2012⁷², la implementación de un Modelo de Atención Integral. En términos generales, supone, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.”

Como ciencia médica, la odontología reconoce que su mejor arma es la prevención. El objetivo principal es solucionar el estado deficiente de salud bucal en el Perú, el Gobierno Peruano emitió la Resolución Ministerial No 538 – 2005 / MINSa del 18 de Julio del 2005 ⁷³ , en donde reconoce que la salud bucal en nuestra población atraviesa una situación crítica debido principalmente a la alta prevalencia de enfermedades odontológicas, por lo que, en el marco de las mencionadas políticas y estrategias, es necesario enfatizar y consolidar acciones de atención en el campo de la salud bucal.

Dichas condiciones de salud bucal que el Perú atraviesa, encontramos por su alta prevalencia a la caries dental en un 90%, enfermedad periodontal 85% y mal oclusión 80%, constituyendo así, problema de salud pública.⁷³

Para el año 2010, la frecuencia en el grupo de morbilidad y según el registro de las atenciones hechas en los establecimientos de salud autorizados por el SIS, fue el denominado “Infecciones respiratorias agudas de vías aéreas superiores”, responsable del 19,2 % de las atenciones financiadas por el SIS.⁷⁴

Seguidamente, el tercer grupo de morbilidad, estaba constituido por “Patología dentaria”, fue responsable de 1.598.163 atenciones (5,1 % del total de atenciones) y se encontró como causantes principalmente a los siguientes diagnósticos: “Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén” K05.6, y “Caries dental”

K02.0. Estos grupos incluyen a los diagnósticos como, las enfermedades periodontales, y otros trastornos de la encía y la zona edéntula.⁷⁴

El Seguro Integral de Salud (SIS), para el año 2015, transfirió al Gobierno Regional del Cusco S/.6,889,552, para los cuales 2.33 millones se destinarían a salud bucal. Plan de Salud Escolar (PSE) estuvo dirigido a la población escolar, que tenía como objetivo la atención integral de salud y en contribuir en mejorar la calidad de vida, mediante el desarrollo programas culturales en salud, dentro de las actividades, se encontraba el diagnóstico de salud bucal el cual proyectó un resultado de un 95% en prevalencia de caries dental y un 85% de enfermedad periodontal.⁷⁵

Es cierto que es un problema de salud pública las enfermedades periodontales a nivel mundial. Siendo los países en vía de desarrollo los más afectados, en especial a las comunidades más pobres, siendo por ello clave, la educación para la salud; sin embargo, estudios sobre la prevalencia y su tratamiento son escasos y limitados en el Perú.⁷⁶

8. Hospital Militar Central

El principal hospital de las Fuerzas Armadas Peruana, es denominado Coronel Luis Arias Schreiber, se ubica en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima. Es un centro sanitario que está al servicio para la atención del personal militar, sus familiares y otros usuarios autorizados. Cuenta con asistencia de especialidades médicas y quirúrgicas, así como de diagnóstico y tratamiento a nivel de hospitalización, ambulatorio o en servicio de urgencias. Tiene convenios con otras instituciones que le permiten ofrecer sus servicios al resto de la población. Fue inaugurado durante el gobierno del presidente Manuel Prado el 1 de diciembre de 1958. En 1974 fue remodelada y ampliada. Cuenta con unidades completas de atención y equipamiento tecnológico de primera mano y alta gama, estando catalogado como un hospital de categoría III - 1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención).

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

Frecuencia:

Describe el número de veces que se repite una enfermedad durante un intervalo de tiempo específico en una determinada población. Sin embargo, dicha medida posee una escasa utilidad para determinar la importancia de un problema de salud definitivo, para ello se debe contar con el tamaño de la población caso o control y un periodo de tiempo en el cual fueron identificados.⁷⁷

Enfermedad Periodontal:

La enfermedad periodontal o periodontopatías, son procesos patológicos que pueden sufrir los tejidos de sostén y revestimiento de la pieza dental. Por lo general, aparece a edades tempranas, conocida como gingivitis y al no ser diagnosticadas y tratadas precozmente, pueden evolucionar hacia lesiones más complejas, como, la periodontitis.⁷⁸ Además hoy en día se conoce y se sabe que para dar inicio y progresión de la enfermedad periodontal deben participar factores modificadores por condiciones locales o sistémicas.

Gingivitis:

Es la inflamación de los tejidos blandos que envuelven al diente, producto de una respuesta inmune directa de la placa dental o biofilm depositada sobre los dientes. Así como en individuos con malos hábitos de higiene en donde dejan de lavarse los dientes. Cabe señalar, si no se trata precozmente, la gingivitis puede convertirse en periodontitis y lograr generar daños permanentes a los dientes y mandíbula.⁷⁹

Gingivitis aguda:

Aparece entre los días 4 a 7 con una infiltración leucocitaria en el tejido conectivo, por debajo del epitelio de unión, y en el surco gingival, a nivel del cual se localiza una infiltración de neutrófilos y la aparición de proyecciones interpapilares. Se observan signos clínicos como: gingiva eritematosa, ligero edema y hemorragia al sondaje, aumento vascular y mayor destrucción de las fibras colágenas.⁸⁰

Gingivitis Crónica:

Se lleva a cabo su aparición entre los días 14 a 20. Se produce un descontrol sanguíneo con alteración del retorno venoso y falta de oxígeno en el tejido gingival, que produce una encía característica en esta etapa, de un color azul y la

descomposición de la hemoglobina en sus estados elementales. También encontramos cambios en la textura e inflamación, de moderada a intensa, y marcado edema y eritema gingival.⁸⁰

Periodontitis:

El término “periodontitis” indica “inflamación alrededor del diente, proviene de los vocablos peri = alrededor, odont = diente, itis = inflamación e”. Es una enfermedad infecciosa que afecta a los tejidos que envuelven, dan soporte y protegen al diente, frente a diversas agresiones, como las bacterianas. Por ejemplo, encontramos el periodonto de protección, formado por la encía y el periodonto de soporte, cemento dentario, ligamento periodontal y hueso alveolar. Cuando los dientes pierden ese soporte que los protege, se produce la movilidad dental y posteriormente, la caída de la pieza dental. Es la principal causante de pérdida dental en adultos mayores.⁸¹

2.4. HIPÓTESIS

Hipótesis General: La frecuencia de la Enfermedad Periodontal en pacientes atendidos de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es la periodontitis crónica durante el 2016.

2.5. VARIABLES

Variable estudio

Frecuencia de Enfermedad Periodontal

Variables control

Grupo etario y sexo

VARIABLES	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición	Valor
Frecuencia de Enfermedad periodontal	Cualitativo	Diagnostico con CIE 10	Nominal	Gingivitis Aguda. Gingivitis Crónica.

				Periodontitis Agresiva. Periodontitis Crónica.
Grupo Etario	Cualitativo	años cumplidos	Ordinal	20 – 49 años 50 – 70 años
Sexo	Cualitativo	Características genotípicas	Nominal	Masculino Femenino

CAPITULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio para esta investigación confiere a una tesis observacional, descriptivo, ya que en la presente investigación no se modifican las variables de estudio y es de corte transversal ya que es en un determinado tiempo y con direccionalidad retrospectivo.

3.2. ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en Hospital Militar Central, especialmente en el área de periodoncia, durante el 2016.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población de estudio está conformada por 661 historias clínicas de uno de los consultorios del área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016.

Muestra

Para determinar la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 N pq}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

N: Es el tamaño de la población cuyo valor finito es de 661.

Z: Parámetro estadístico basado en el nivel de confianza.

p: Probabilidad de que ocurra un evento representativo del trabajo.

q: Probabilidad de que no ocurra el evento representativo del trabajo.

E: Margen de error esperado en la investigación.

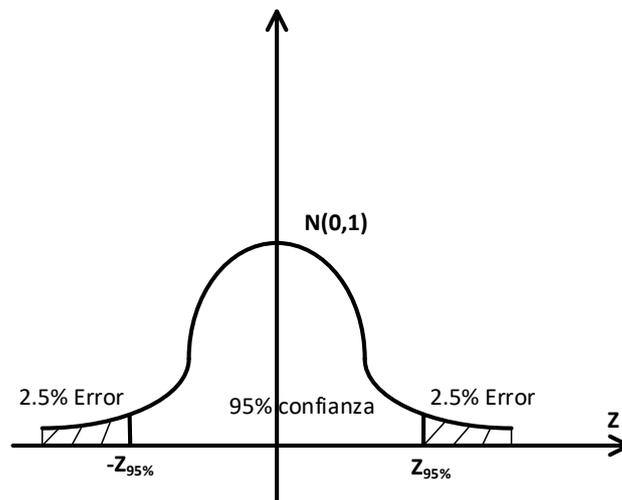
Entonces para determinar la muestra conocemos los datos:

N = 661

Nivel de confianza : 95%

Significación: α = 5%

El parámetro de la distribución normal sale de gráfico normal: Para un nivel de confianza en la investigación del 95%



De tablas el valor del parámetro del gráfico sale: $Z_{95\%} = 1.96$

Y el margen de error es: $E = 5\%$

$p = 0.5$

$q = 0.5$

En la fórmula: $n = \frac{1.96^2 (661(0.5)(0.5))}{0.05^2 (661-1) + 1.96^2 (0.5)(0.5)} = 244$

Operando: n = 244; tamaño muestra

Con lo anterior tomamos la muestra 244 historias clínicas de pacientes atendidos dentro del Hospital Militar Central durante el año 2016 que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas del área de periodoncia en el Hospital Militar Central.
- Historias clínicas de un solo doctor dentro del área de periodoncia del Hospital Militar Central.
- Historia clínica aperturadas y atendidas del año 2016.
- Diagnósticos con CIE10.
- Historias clínicas nuevas y continuadoras.
- Pacientes de 20 a 70 años.
- Pacientes de sexo masculino y femenino.
- Pacientes con enfermedades sistémicas.
- Pacientes con hábitos (fumadores, medicados, otros).

Criterios de exclusión

- Historias clínicas que no correspondan al año 2016.
- Tachaduras o enmendaduras en el CIE10.
- Correcciones en el diagnóstico.
- Pacientes con urgencias médicas o internados.
- Pacientes menores de 20 años.

Muestreo probabilístico

Sobre el muestreo probabilístico es aleatorio simple.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección y anotación de datos se realizó en el área de historia clínica del departamento de Estomatología del Hospital Militar Central utilizando una ficha (anexo 01), la cual pasó por una previa revisión con el asesor para su aprobación. Dicha ficha consta de una hoja con aspectos como número de historia, iniciales del paciente, sexo del paciente, edad, CIE10 y diagnóstico. El acceso a la información no tuvo inconveniente ni retrasos, salvo el tiempo que se tomaba para

recolectar los datos. Todas las fichas se llenaron de manera manual con un lápiz y borrador, la información se vació el programa de microsoft Excel 2013 y luego al software estadístico SPSS para su análisis. El tiempo en el cual se revisaron todas las historia clínicas fue 2 años aproximadamente, y en total fueron revisadas 3119 historias clínicas dentro del área de Periodoncia, para las cuales solo se tomaron únicamente de un profesional del Hospital, las cuales fueron 661 y al aplicar la fórmula para la muestra: el resultado para trabajar fue de 244 historias clínicas.

Materiales: Ficha de recolección de datos, hojas, lápiz, lapicero, corrector, lupa, resaltador.

Materiales adicionales: Computadora, laptop, cámara digital, teléfono, fotocopidora.

3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se pidió un permiso por medio de una carta formal de parte de la Universidad Norbert Wiener (anexo 02) para el ingreso al área de historias clínicas en el Hospital Militar Central y así se procedió con el análisis de historias de pacientes nuevo y continuadores con enfermedad periodontal atendidos durante el año 2016, dicha información recolectada se registró en una ficha y se analizó con ayuda del programa de procesamiento de datos SPSS statictis 20.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

El Hospital Militar Central autorizó para la revisión de sus historias clínicas, no se requiere consentimiento informado del paciente, pues se trata del registro y revisión de historias clínicas, pero se contó con el consentimiento del encargado del área de historia clínicas de estomatología. La información tiene un carácter anónimo guardando en reserva la identificación de los pacientes.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

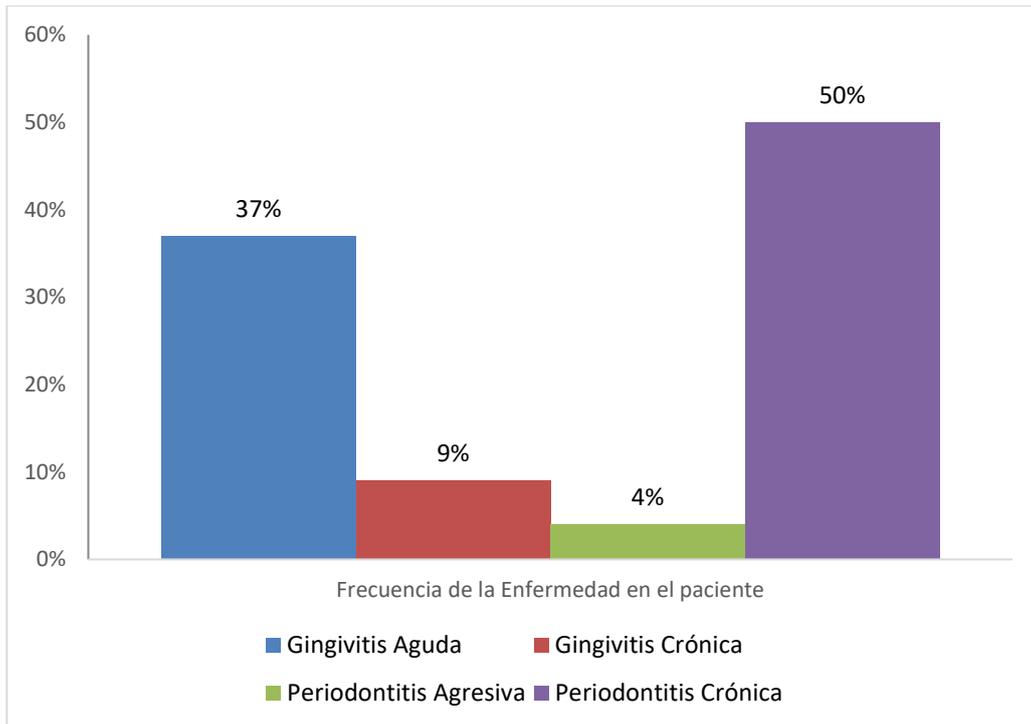
Variable de Estudio:

Tabla 01: Frecuencia de la Enfermedad periodontal

Frecuencia de la Enfermedad Periodontal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Gingivitis Aguda	89	36,5	36,5	32,4
	Gingivitis Crónica	23	9,4	9,4	42,0
	Periodontitis Agresiva	9	3,7	3,7	45,2
	Periodontitis Crónica	123	50,4	50,4	100,0
	Total	244	100,0	100,0	

Gráfico 01 Frecuencia de Enfermedad Periodontal



Resultado:

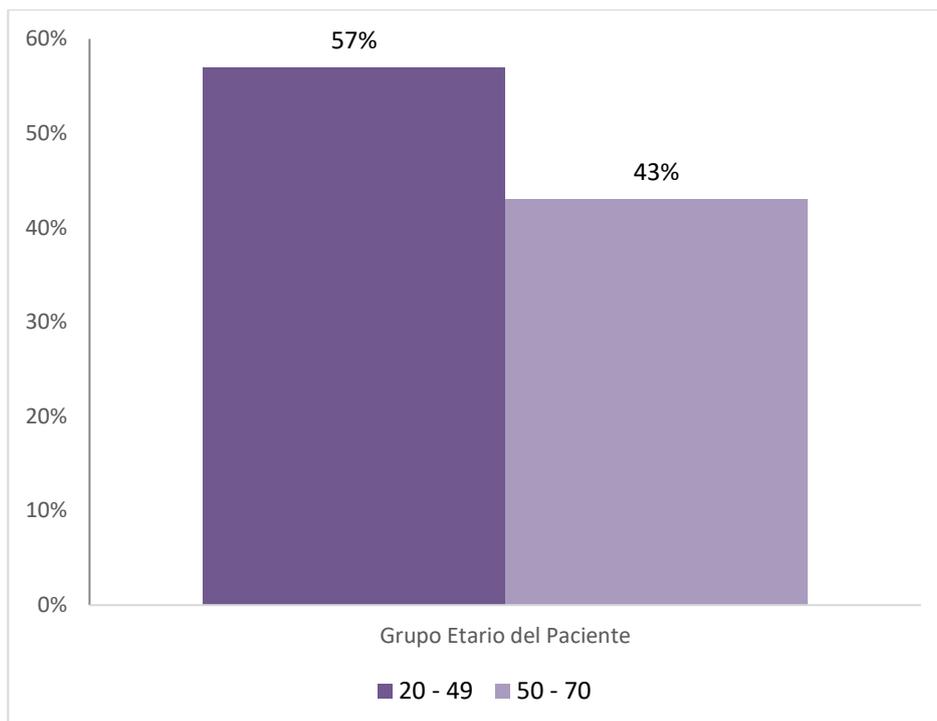
Para los resultados obtenidos en la frecuencia de Enfermedad Periodontal se obtuvo que exista un alto porcentaje de Periodontitis Crónica con un 50% de la población analizada, seguidamente de la Gingivitis Aguda con un 37%, luego de Gingivitis Crónica con 9% y finalmente solo un 4% de Periodontitis Agresiva.

Variable de Control: Grupo Etario

Tabla 02: Variable General / Grupo Etario del Paciente.

		Grupo Etario del Paciente			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 20-49 Años	140	57	57	55,7
	De 50 a 70 Años	104	43	43	100,0
	Total	244	100,0	100,0	

Gráfico 02: Enfermedad Periodontal según grupo etario.



Resultado:

Como resultado obtenidos de este segundo gráfico el conocer la frecuencia de Enfermedad Periodontal según el grupo etario o edades, se obtuvo que: el 57% de los pacientes atendidos corresponden a edades entre 20 a 49 años y un 43% de los pacientes de 50 a 70 años.

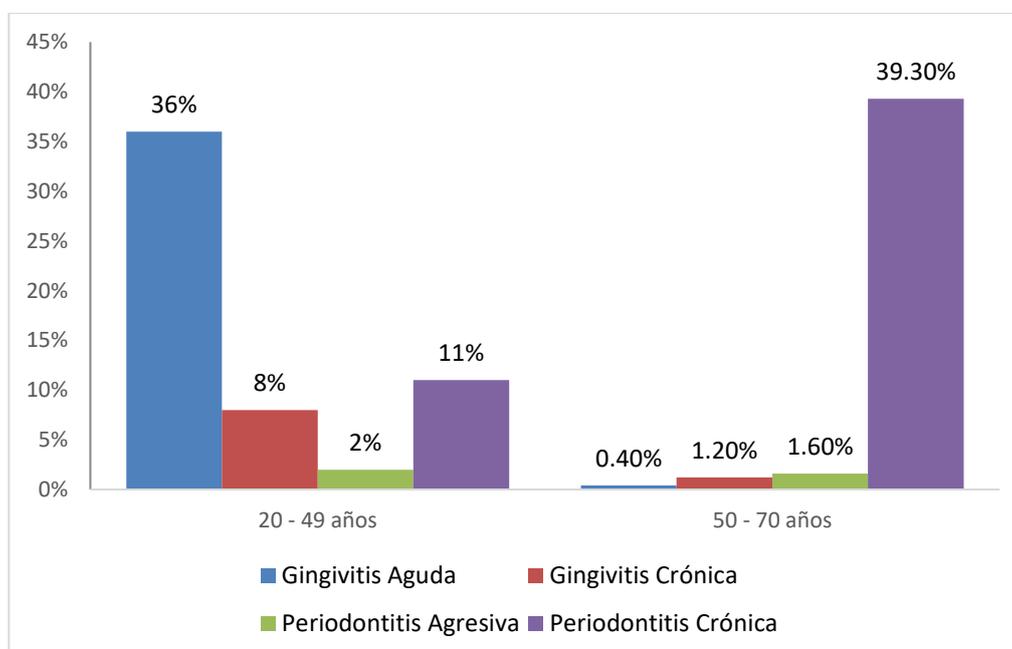
Variable de Control: Grupo Etario

Tabla 03: Frecuencia de Enfermedad Periodontal según el rango de edades en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el 2016.

Frecuencia de Enfermedad Periodontal / rango de edades

Enfermedad Periodontal		20-49 años	Porcentaje	50-70 años	Porcentaje
Datos	Gingivitis Aguda	88	36,0	1	0,4
	Gingivitis Crónica	20	8,0	3	1,2
	Periodontitis Agresiva	5	2,0	4	1,6
	Periodontitis Crónica.	27	11,0	96	39,3
	Total	140	57%	104	43%

Gráfico 03: Frecuencia de Enfermedad Periodontal según el rango de edades en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el 2016.



Resultado:

Se obtuvo como resultado en el rango de edades de 20 a 49 años se logró concluir que las edades más afectadas con una Gingivitis Aguda son de 20 a 49 años con un 36%, seguidamente por la Periodontitis Crónica con un 11%, lo cual nos llama la atención ya que en el rango de edades de 50 a 70 años fue la más frecuente y se encontró con un 39.3% dentro de las historias clínicas analizadas.

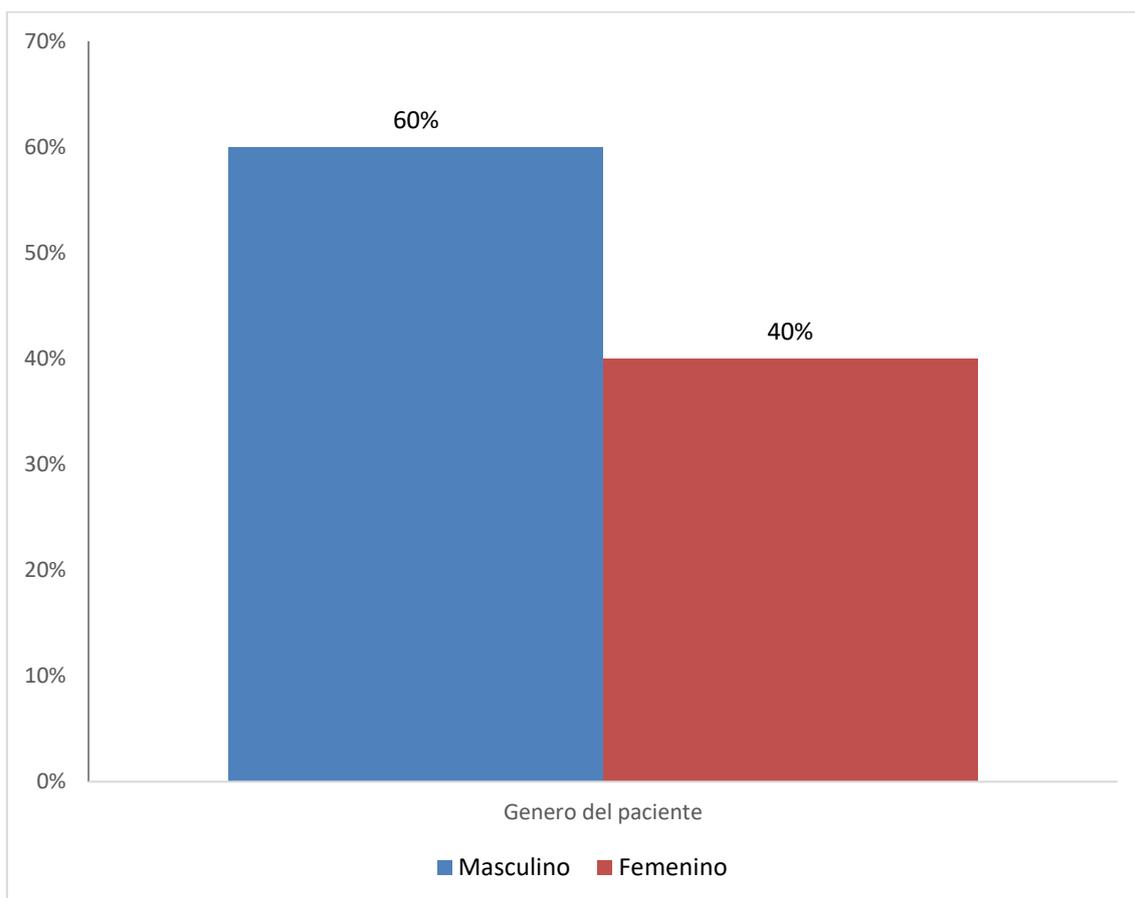
Variable de Control: Género del Paciente

Tabla 04: Variable General / Género del Paciente

Genero del Paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Masculino	147	60,2	50,0	50,10
Femenino	97	39,7	50,0	100,00
Total	244	100,00	100,00	

Gráfico 04: Enfermedad Periodontal según el sexo de los pacientes.



Resultado:

En cuanto al género del paciente, se obtuvo que el género masculino fue el más predominante con un 60% y el género femenino con un 40%.

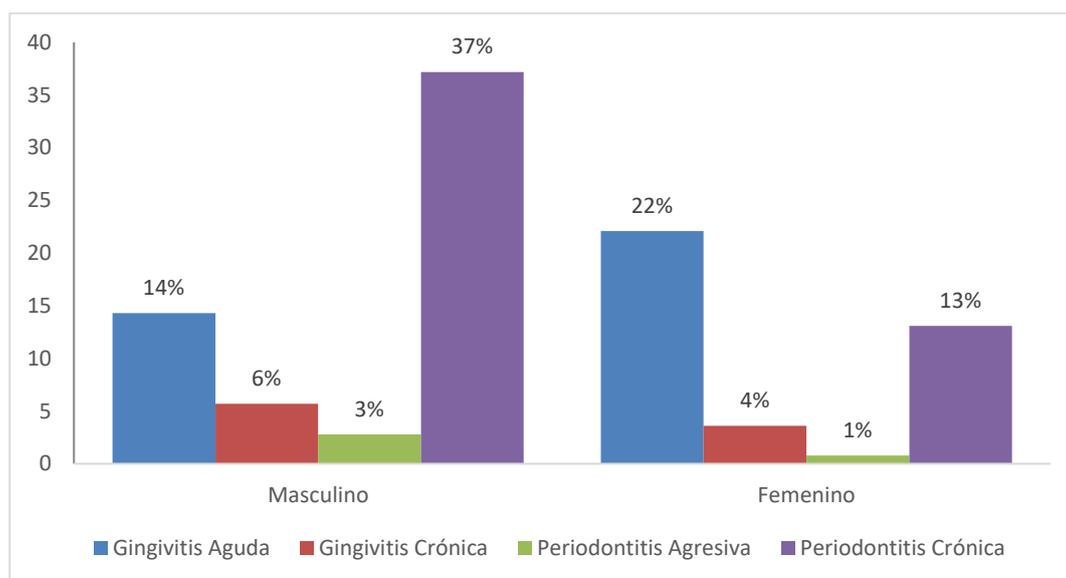
Variable de Control: Grupo Etario

Tabla 05. Frecuencia de Enfermedad Periodontal de acuerdo al sexo en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el 2016.

Frecuencia de Enfermedad Periodontal / Genero del paciente

Enfermedad Periodontal		Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
Datos	Gingivitis Aguda	35	14,3	54	22,1
	Gingivitis Crónica	14	5,7	9	3,6
	Periodontitis Agresiva	7	2,8	2	0,8
	Periodontitis Crónica.	91	37,2	32	13,1
	Total	147	60,2%	97	39,7%

Gráfico 05: Frecuencia de Enfermedad Periodontal de acuerdo al sexo en los pacientes atendidos en el Hospital Militar Central durante el 2016.



Resultado:

Para la frecuencia de Enfermedad Periodontal de acuerdo al sexo se obtuvo que en el masculino, la Periodontitis Crónica fue de un 37%, seguida de la Gingivitis Aguda con un 14%, luego la Gingivitis Crónica con 6% y por último la Periodontitis Agresiva con solo el 3%; para el sexo femenino encontramos lo contrario, fue la Gingivitis Aguda la de mayor frecuencia con un 22%, luego la Periodontitis Crónica con un 13%, le sigue la Gingivitis Crónica con un 4% y nuevamente de último la Periodontitis Agresiva con solo el 1%.

4.2. DISCUSION.

En relación al objetivo e hipótesis general los resultados de la investigación confirmaron que la frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es la periodontitis crónica con un 50% de los casos, durante el 2016. Se revisaron y analizaron 661 historia clínicas de pacientes atendidos con uno de los especialistas en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el 2016, de la cual se trabajó con una muestra de 244 historias clínicas.

Al respecto, Martínez M.⁶ En un estudio transversal y descriptivo de 300 pacientes encontraron frecuencia alta de enfermedades periodontales siendo la periodontitis con un 53%, lo cual coincide con la reciente investigación, en donde el autor encontró que la periodontitis fue la más frecuente con un 50% en la población de estudio. Por el contrario con el trabajo de Santana K⁸, en el cual presenta que fue la gingivitis la peridontopatía más frecuente con un 49,6%

Para el objetivo específico de frecuencia de gingivitis, encontramos que en la medida que los resultados establecen que en pacientes atendidos de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es la gingivitis aguda con una frecuencia de 46% durante el 2016. Lo que coincide con la investigación que elaboro Pérez H¹² en el 2011 con una población de 426 pacientes en edades de 15 a 59 años, en donde la gingivitis fue la más representativa, siendo la gingivitis aguda con un 48%, al igual que la trabajo de Robello J¹⁰ el cual tiene como resultado que la gingivitis fue del 41% en los pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de San Martín de Porres durante el 2013

En relación al objetivo específico sobre la frecuencia de periodontitis, se obtiene que la periodontitis en pacientes atendidos de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el 2016 es la periodontitis crónica con un 50%. Por el contrario para el trabajo Díaz C.¹¹ que con una muestra de 299 concluyeron que la enfermedad periodontal fue más frecuente en la raza caucásica y fue la gingivitis con un 30% la más frecuente y que lo mismo sucede en la investigación de Navarro J⁷. que obtuvo el 66,7% de gingivitis en su estudio en adolescentes de una escuela secundaria en Santiago de Cuba y que estaba relacionada con mala higiene oral.

El objetivo específico para el grupo etario, se encuentra que en los resultados de frecuencia de enfermedad periodontal, el 57% se encontró el rango de edades de 20 a 49 años durante el 2016. Lo que coincide con de Díaz C¹¹ al encontrar similitud en el grupo etario en el cual se manifiesta la enfermedad periodontal de 19 a 34 años fue padecía de gingivitis con un 30% y en la investigación en esas edades de igual forma padecían de gingivitis con un 36% lo que también coincide con Pérez H¹² que encuentre en el grupo etario de 15 a 59 años fue el más afectado con la enfermedad periodontal con un 51,1% siendo la gingivitis la más común con un 48,1%.

Para Taboada A.⁹ con la investigación denominada autopercepción de caries dental y de enfermedad periodontal en pacientes adulto mayor, encontró que las enfermedades periodontales representan un 97% de la salud bucodental en edades avanzadas, lo que coincide con el autor el cual manifiesta que las enfermedades periodontales se agravan con el avance de la edad, demostrado en que la frecuencia de periodontitis es mayor en edades de 50 a 70 años con un 39%, pero caso contrario para los autores Ruiz H. y Herrera A¹⁵. que elaboraron en la Habana Cuba una investigación en el adulto mayor, y arrojó como resultado la alta frecuencia de gingivitis en un 55.3%.

El último objetivo específico para la investigación en la frecuencia de enfermedad periodontal según el sexo en los pacientes de 20 a 70 años atendidos dentro del Hospital Militar Central se dan los siguientes resultados para el 2016: el sexo masculino fue el dominante con un 60%, seguidamente del sexo femenino con un 40%, caso contrario con lo encontrado en el estudio de Díaz C¹¹ que expone que encontró similar resultado en ambos sexo con un 30% y Pulido at el¹³ igualmente consiguió que la enfermedad periodontal se consiguió en ambos sexo de manera igual. Sin embargo en esa misma línea, el trabajo presentado por Santana K at el⁸, demostraron que el sexo masculino fue el más frecuente con un 54,2%, en edades de 50 a 59 años, lo que coincide con el autor.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Con los métodos utilizados en este trabajo y respectivos gráficos llegamos a las siguientes conclusiones respecto de la población en estudio:

- La frecuencia de periodontitis en pacientes atendidos de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es de 54%, siendo la periodontitis crónica con un 50% y la periodontitis agresiva con un 4% durante el 2016.
- La frecuencia de gingivitis en pacientes atendidos de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es de 46%, siendo la gingivitis crónica con un 37% y la gingivitis aguda con un 9% durante el 2016.
- La frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es de 60% en pacientes del sexo masculino y 40% en pacientes del sexo femenino durante el 2016.
- La frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos de en el Hospital Militar Central en el grupo etario de 20 a 49 años es de 57% y de 50 a 70 años es de 43% durante el 2016.

5.2. RECOMENDACIONES

- Promover y realizar más investigaciones sobre la frecuencia y prevalencia de enfermedad periodontal que son un problema de salud pública en nuestro país.
- Realizar más investigaciones dentro del Hospital Militar Central ya que cuenta con un banco de información rico en problemas de salud pública primaria.
- Educar a la población sobre las diferentes manifestaciones clínicas de enfermedad periodontal y así evitar el desarrollo de la enfermedad.
- Desarrollar programas preventivos y de despistaje de la enfermedad periodontal dentro y fuera del Hospital Militar Central y así prevenir futuras consecuencias.
- Concientizar a la población que el examen periódico es la única arma para prevenir las lesiones periodontales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colegio Odontológico de Lima [Sede web]. Lima; 2015 [Consultado 10 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.col.org.pe/epp/especialidades/>
2. Anton Friedmann, Peter Purucker, Dogan Kaner^a, Nicole Pischon, Bernd-Michael Kleber. Evidencia en periodoncia. Vol. 23. Núm. 2. Febrero 2010. páginas 49-92.
3. Organización Panamericana de la Salud. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud [en línea]. Fecha de consulta: 13/10/09. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_604.htm
4. Guía sobre la enfermedad periodontal [en línea]. California Dental Association. [fecha de acceso 08 de agosto 2017]. URL disponible en: https://www.cda.org/Portals/0/pdfs/fact_sheets/gum_disease_spanish.pdf
5. MINSA.gob.pe. Salud Bucal. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13.
6. Martínez M. A, Llerena E. M, Peñaherrera M. S, Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Dom Cien. [en línea]. enero 2017. [fecha de acceso 16 de julio 2017]; Vol. 3, No. 1, pp. 99-108. URL disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
7. Navarro Napóles Josefa. Enfermedad periodontal en adolescentes. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2017 Feb [citado 2019 Jun 24] ; 39(1): 15-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100003&lng=es
8. Santana Fernández Kadir Argelio, Rodríguez Hung Armelis Mailyn, Silva Colomé María Elena, Núñez Antúnez Leonardo, García Fajardo Ileana. Characteristics of the periodontal disease in the population assisted in the out-patient department from “Camilo Torres Restrepo” Stomatological

Clinic. MEDISAN [Internet]. 2014 Jul [citado 2019 Jun 22]; 18(7): 915-922. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700005&lng=es

9. Taboada A. O. Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. ADM [en línea]. 2014. [fecha de acceso 23 de noviembre 2016]; No. 71 URL disponible en:
10. Robello-Malatto, José. Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima, Perú. KIRU [Internet]. 2014 Ene-Jun [citado 2019 Jun 24] 11(1):50-5. Disponible en: https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.8.pdf
11. Díaz C. Y. Enfermedad periodontal en una población adulta del municipio de Encrucijada. Medicent Electrón [en línea]. 2014. [fecha de acceso 23 de noviembre 2016]; No. 18 URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n3/mdc04314.pdf>
12. Pérez H. L. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados. Policlínico Pedro Borrás, Pinar del Río. Ciencias Médicas. [en línea]. 2011 [fecha de acceso 30 de noviembre 2016]; No. 15 (2) URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr06211.pdf>
13. Pulido M, Gonzales F, Rivas F. Enfermedad periodontal e indicadores de higiene bucal en estudiantes de secundaria. Rev. Salud Pública. [en línea]. 2011 [fecha de acceso 30 de noviembre 2016] Volumen 13, Número 5, p. 844-852.
14. Otero J, Proaño D. Prevalencia de enfermedades periodontales, factores de riesgo y necesidad de tratamiento en el personal de tropa masculino en Servicio Militar en Lima. Rev. Estom Hered. 2009; 15(1): 11 -17.

15. Ruiz Candina Héctor Juan, Herrera Batista Aleida. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2009 Sep [citado 2019 Jun 24]; 28(3): 73-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300007&lng=es
16. Pretel Tinoco. C.L. Relación entre factores de riesgo y enfermedad periodontal. Universidad peruana Cayetano Heredia. (Tesis de grado) Rev. Estomatol Herediana. 2013 Oct-Dic;23(4):223-9. LIMA-PERÚ.
17. Caton J, Armitage G, Berglundh T, Chapple I, Jepsen S, Kornman K et al. Un nuevo esquema de clasificación para las enfermedades y condiciones periodontales y periimplantarias: Introducción y cambios clave de la clasificación de 1999. mx; 2017.
18. Periodontitis - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic. MayoClinic.org. 2019. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/periodontitis/diagnosis-treatment/drc-20354479>
19. López S. J, Barrios C. K, Pallares L, Torres D, Fortich M, N. Prevalencia de caries dental, factores de riesgo, enfermedad periodontal y hábitos de higiene oral en estudiantes de ciencias de la salud. Ciencias y Salud Virtual [en línea]. 2011 [fecha de acceso 09 de agosto 2017]; Vol. 3, No. 1, pp. 35-41. URL disponible en: <https://doi.org/10.22519/21455333.43>
20. Sarduy Bermúdez L, Rodríguez Labrada M. Factor genético en la etiopatogenia de las periodontitis. Acta Médica del Centro [Internet]. 2015 [citado 2018 OCT 13];9(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/219>

21. Aguilar Vianey L, López Buendía MC. Terapia periodontal en un paciente con periodontitis agresiva. Rev Odontol Mex [Internet]. 2010 [citado 13 Nov 2013];14(2): [aprox. 7. p.]. Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/18072
22. Rojo Botello, NR. Flores Espinosa, A. Arcos Castrol, M. Prevalencia, severidad y extensión de periodontitis crónica. Rev Odonto Mex. [Trabajo Original] marzo 2011; 15 (1): pp 31-39.
23. Doncel C, Castillo A. Papel de los herpes virus en la enfermedad periodontal. Revisión de la literatura. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2011; 10(4).
24. Hurtado Camarena, A., Bojórquez Anaya, Y., Montaña Pérez, ML, López Mendoza, JA. Bacterias asociadas a enfermedades periodontales. [Revisión]. Universidad Autónoma de Baja California; oct 2016. oral 2016; 17(54): 1374-1378.
25. Morales Alicia, Bravo Joel, Baeza Mauricio, Werlinger Fabiola, Gamonal Jorge. Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2016 Ago [citado 2017 Feb 07]; 9 (2):203-207. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072016000200019&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.004>.
26. Hurtado Camarena A y cols. Bacterias asociadas a enfermedades periodontales. Oral 2016; 17(54): 1374-1378.
27. Stifano M, Chimenos-Küstner E, López-López J, Lozano-de Luaces V. Nutrición y prevención de las enfermedades de la mucosa oral. Odontol. Prev. 2008;1(2):65-72. Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN1888-6450.

28. Bullon P, Rodriguez L. Tratamiento Periodontal: eficacia de las distintas opciones terapéuticas. Dossier de Periodoncia. 2010; p. 156-164. 68.
29. Carvajal Paola. Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral [Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Feb 17]; 9 (2): 177-183. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072016000200016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001>
30. Genco R.J, Williams, R.C. Enfermedad Periodontal y Salud General: Una guía para el clínico. Colgate-Palmolive Compañía. Colombia. 2011. Disponible: www.colgateprofesional.cl/LeadershipCL/.../LibroEnfermedadPeriodontalPag0101.pdf
31. Aurora MCS. Tratamiento periodontal no quirúrgico en pacientes con gingivitis y periodontitis moderada. 2010. Tesis Doctoral - Universidad Complutense de Madrid.
32. Legido Arce. B. Lesiones traumáticas por cepillado. Causas y prevención. Tratamiento y evolución. Maxillaris. Comunicación Global en odontología. Rev sector dental. N° 1 comun. España y Portugal. 2013.
33. Hinrichs JE, Novak MJ. Classification of Diseases and Conditions Affecting the Periodontium. En: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. 11th ed. Louis Missouri: Elsevier Saunders; 2012. p. 34-54.
34. Vázquez Isla David, Pérez Hidalgo María Elena, Reyna Leyva Adis Mirtha, Méndez Danta Ivet, Tamayo Chaveco Sara. Periodontopatías y algunos

factores de riesgo en población adulta de la Policlínica César Fornet Fruto. CCM [Internet]. 2013 Sep [citado 2017 Feb 19]; 17 (3): 294-301. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300006&lng=es.

35. Ruiz Candina Héctor Juan, Herrera Batista Aleida. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev cubana Invest Bioméd [Internet]. 2009 Sep [citado 2018 setiembre 19]; 28(3): 73-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300007&lng=es.

36. Peña S. M; Peña S. L; Díaz F. A; Torres K, D; Lao S. N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cubana Estomatol v.45 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar 2008.

37. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana. MINSAP. 2006. p. 55-57.

38. Gjermo, P., Rösing, C. K. Susin, C & Oppermann, R. Periodontal disease in Central and South America. Periodontology 2000. (2002) 29 70 – 78.

39. Rendón WL, Guzmán IC, Torres IX, Botero L. Tratamiento clínico integral de un paciente con periodontitis crónica avanzada generalizada en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Reporte de un caso. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2012; 24(1): 151-167.

40. Goodson J.M, Tanner A.C, Haffajee A.D, Sornberger G.C, Socransky S.S. Attachment level at two sites on each tooth in 22 untreated subjects with existing periodontal pockets was measured every. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6960023>

41. Socransky S.S, Haffajee A.D, Goodson J.M, Lindhe. New concepts of destructive periodontal disease 1984.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6582072>
42. Guzmán M. Gingivitis en escolares de 6 a 12 años: Asociación entre el diagnóstico clínico y el auto-reporte de sangrado gingival [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile - Facultad de Odontología; 2017 [citado: 2018, junio]. Disponible en:
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/146874>
43. Soto CAA, Ruiz GAC, Martínez RV. Clasificación De Enfermedades Periodontales. Rev Mex Periodontol 2018; 9 (1-2). Páginas: 24-27.
44. Estudio dental Barcelona. ¿Cuál es el Tratamiento para la periodontitis Crónica? <https://estudiodentalbarcelona.com/tratamiento-la-periodontitis-cronica/18/10/17>
45. Botero JE, Bedoya E. Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Revisión Bibliográfica. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 3(2); 94-99, 2010
46. Albandar J.M. & Tinoco E.M.B. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. Periodontology 2000-2002; Vol.29:153-176.
47. Clerehugh V & Tugnait A. Diagnosis and management of periodontal diseases in children and adolescents. Periodontology 2000 2001; Vol. 26: 146-16.
48. Escudero-Castaño N., Perea-García M.A., Bascones-Martínez A. Revisión de la periodontitis crónica: Evolución y su aplicación clínica. Revista cielo Avances en Periodoncia vol.20 no.1 Madrid abr. 2008.

49. Sanz-Sánchez I.; Bascones-Martínez A. Otras enfermedades periodontales. I: Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. Avances en Periodoncia vol.20 no.1 Madrid abr. 2008.
50. Ramseier CA, Ånerud Å, Dulac M y cols. (2017) Natural history of periodontitis: Disease progression and tooth loss over 40 years. *Journal of Clinical Periodontology*.2017;44(Suppl 20), 1182-1191.
51. Yamazaki K., Ohsawa Y., Itoh H., Ueki K., Tabeta K., Oda T., et al. T-cell clonality to Porphyromonas gingivalis and human heat shock protein 60s in patients with atherosclerosis and periodontitis. *Oral Microbiology and Immunology* 2004; 19: 160-167.
52. Tanabe S., Hinode D., Yokoyama M., Fukui M., Makamura R., Yoshioka M., Grenier D., Mayrand D. Helicobacter pylori and Campylobacter rectus share a common antigen. *J Oral Microbiology and Immunology* 2003; 18:79-87.
53. Fundación j.j. Carraro “Investigar y concientizar, respecto a la salud de los tejidos periodontales”. Periodoncia, oseointegración e implantes. Medicina periodontal. Estado actual y práctica clínica. [nº28]Edición: SOBRAPE – Sociedade Brasileira de Periodontologia Rua Clélia, São Paulo/ SP – Brasil 2007. 550 – cj. 13 CEP: 05042-000.
54. Anguiano FL, Zerón A. Las enfermedades periodontales y su relación con enfermedades sistémicas. *Rev Mex Periodontol* 2015; 6 (2)
55. Salinas MY, Millán IR. Enfermedad Periodontal Necrosante – Conducta odontológica. *Acta odontológica venezolana*, 2009;47(4):1-25.
56. Jenkis WM, Papapanou PN. Epidemiology of Periodontal Disease in Children and adolescents. *Periodontol* 2000. 2001; 26:16-32.
57. Maita VL, Castañeda MM, Maita CL. Enfermedades Periodontales Necrotizantes. *Revista del COP región Lima* 2010;15(32):27-30.

58. Periodontal Disease and Overall Health: A Clinician's Guide. RJ. Genco. Professional Audience Communications, INC. Yardley, Pennsylvania, USA. 2010. ISBN-10: 0-6152-8508-2.
59. Enwonwu C, Fakler W, Phillips RS. Noma (Cancrum Oris). The Lancet. 2006; 368:147-156.
60. Pitarch BG, Sanchez MJ, Pitarch AA. Enfermedad Periodontal Necrosante. Med Cutan Iber Lat Am. 2009;37(2):108-110.
61. Newman And Carranza 'S, Clinical Periodontology. Isbn: 978-0323-52300-4. Thirteenth Edition. Copyrigh* 2019. By ELSEVIER, Inc. All rigths reservedth.
62. Propdental. Enfermedades periodontales necrotizantes. Recuperado de: <https://www.propdental.es/periodontitis/enfermedades-periodontales-necrotizantes/>
63. Cruz, H.I, Rubio, R.G, Torres, L. M. Enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. 2010. Gac Méd Espirit [Internet]. 2013 Abr [citado 2018 Mar 13]; 15(1): 30-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100005&lng=es
64. Pro dental. Absceso periodontal. Disponible en: <https://www.propdental.es/periodontitis/absceso-periodontal/>
65. World Workshop Clinical Academy. American Academy in Periodontology 1989. Recuperado de <http://periodonciasaneamiento.blogspot.pe/2011/05/clasificacion-de-la-enfermedad.html>
66. Armitage GC: Development of a Classification system for periodontal disease and conditions. Ann Periodontal 1999; 4:1.

67. Annals Vol. 4, International Workshop for a Classification of Periodontal Disease and Conditions. Vol. 4 No.1, 1999.
68. Soto CAA, Ruiz GAC, Martínez RV. Clasificación De Enfermedades Periodontales. Rev Mex Periodontol 2018; 9 (1-2). Páginas: 24-27
69. Liébana J, Castillo A, Álvarez M. Enfermedades periodontales: Consideraciones microbiológicas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; 9: 75-91.
70. Thomas M, Herbert F. Atlas a Color de Periodontología. 1ª Edición. Caracas: Editorial Amolca; 2009.
71. Wolf, H.- Hasell, T. Atlas A Color De Periodontologia. Castellano Encuadernación: Tapa dura, 352 páginas Referencia: 9789588328522 Editorial Amolca. Fecha Edición: 1/2009 Löwenstrasse 55/57, 8001 Zurich, Suiza.
72. MINSA. La Norma Técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente 2002-2012.
73. MINSA. Resolución Ministerial 538-2005. 18/JUL/2005.
74. MINSA. Estadísticas del seguro integral de salud. 2010. Recuperado de www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html
75. MINSA. Lanza en Cusco programa de salud bucal para escolares del ámbito de Qali Warma. 2015. Disponible: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16549> 27
76. Organización Panamericana de la Salud. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud [en línea]. Fecha de consulta: 13/10/09. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_604.htm
77. Pita F.S, Pértegas D.S, Valdés C.F. Medidas de frecuencia de enfermedad: incidencia y prevalencia. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.

Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo. A Coruña (España). 2004.

78. Campaña P.O, Ilizástigui Ortueta Z.T, Rodríguez C.A. Diagnóstico educativo y capacitación periodontal. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2002 Diciembre; 39(3):352-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300005&lng=es
79. Arévalo C, Castro M, Lozada S, Serrano M, Serrano C, Sabogal D. Guía de atención de enfermedades gingivales de la universidad nacional de Colombia. 2012.
80. Eva María Tur Feijón. Gingivitis. Características y prevención. Enfermería Dermatológica. [Internet]. Enero-abril, 2011, N°.12 págs. 13-17 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4080825>
81. Infosalud.com. Periodontitis. Disponible en <http://www.infosalus.com/enfermedades/odontologia/periodontitis/que-es-periodontitis-101.html>

ANEXO

TITULO DE TESIS: "FRECUENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES ATENDIDOS DE 20 A 70 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN EL AÑO 2016"

FICHA DE DATOS: MUESTRA 244

N° DE H.C.	INICIALES DEL PACIENTE	SEXO	EDAD	CIE 10	DIAGNOSTICO	
1	585052500	V.A.C	M	30	K05.0	GINGIVITIS AGUDA
2	306069100	S.S.N	F	56	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
3	108407000	C.O.A	M	54	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
4	318985600	G.Q.M	M	59	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
5	330350000	T.T.E.	M	49	K05.0	GINGIVITIS AGUDA
6	450280900	V.D.E.	F	35	K05.0	GINGIVITIS AGUDA
7	309686600	F.C.J	M	45	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
8	315471820	G.H.H	F	38	K05.0	GINGIVITIS AGUDA
9	304378900	T.F.C	M	54	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
10	165823100	C.B.O	M	54	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
11	119999400	F.M.G	M	36	K05.1	GINGIVITIS CRONICA
12	321954200	S.D.J	M	38	K05.2	PERIODONTITIS AGRESIVA
13	312254900	C.B.J	M	45	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
14	307985600	N.O.J	M	50	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
15	305467500	P.T.G	M	70	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
16	307474900	M.M.J	M	60	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
17	328917600	T.M.W	M	37	K05.0	GINGIVITIS AGUDA
18	300881900	A.H.H	M	62	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
19	119062620	H.M.M	F	38	K05.0	GINGIVITIS AGUDA
20	104400120	R.D.E	F	57	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
21	105272100	M.C.T	M	69	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
22	109693100	C.C.L	M	62	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
23	302218200	G.P.P	F	39	K05.0	GINGIVITIS AGUDA
24	308889800	G.G.T	M	45	K05.2	PERIODONTITIS AGRESIVA
25	114044200	M.F.J	M	59	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
26	302653931	B.A.T	F	49	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA
27	105162800	I.C.V	M	61	K05.3	PERIODONTITIS CRONICA

Solicito inscripción del título del proyecto de investigación

Dra. Esp. Brenda Vergara Pinto
Directora de la EAP de Odontología

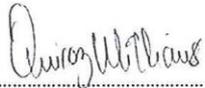
Yo QUIROZ TORRES, WILLIAMS ALEJANDRO Bachiller de la EAP de Odontología de la Universidad Norbert Wiener, identificado con C.E. 000120732, código 2012000064 Domiciliado en AV. MANUEL CIPRIANO DULANTO 1975, PUEBLO LIBRE con número de teléfono celular y correo electrónico 971 499 889, williamsquiroz@hotmail.com me presento ante usted y expongo que:

Siendo requisito para la obtención del Título de Cirujano Dentista la realización del Proyecto de investigación Tesis.

Solicito la aprobación del Título de Proyecto de Investigación:

“PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES DE 20 A 70 AÑOS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE PERIODONCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL 2016”

Agradezco su atención a la presente, le reitero mi estima y consideración personal.



Bachiller

Lima 16/01/2018

Adjunto
Matriz de Consistencia.

Octubre 2017



ANITA AQUIRRE MORALES
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA
CIRUJANA DENTISTA



"PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES DE 20 A 70 AÑOS ATENDIDOS EN EL AREA DE PERIODONCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL 2016"

PROBLEMA	CUMPLE		NO CUMPLE		SUGERENCIAS	HIPOTESIS	CUMPLE		NO CUMPLE		SUGERENCIAS
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE			CUMPLE	NO CUMPLE			
Principal ¿Cuál es la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes de 20 a 70 años atendidos dentro del área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016?						Identificar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes de 20 a 70 años atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el año 2016	La prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes de 20 a 70 años atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es alta durante el 2016				
Específico 1						Determinar la prevalencia de gingivitis en pacientes atendidos dentro del área de periodoncia en el Hospital Militar Central durante el 2016.	La prevalencia de gingivitis en pacientes de 20 a 70 años atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es baja durante el 2016				
Específico 2						Determinar la prevalencia de periodontitis en pacientes atendidos dentro del área de periodoncia en el Hospital Militar Central durante el 2016.	La prevalencia de periodontitis en pacientes de 20 a 70 años atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es baja durante el 2016				
Específico 3						Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en según el rango de edades dentro del área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el 2016	La prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes atendidos en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es alta en el rango de edades de 40 a 50 años durante el 2016				
Específico 4						Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal de acuerdo al sexo en los pacientes atendidos área de periodoncia del Hospital Militar Central durante el 2016	La prevalencia de periodontitis en pacientes de 20 a 70 años en el área de periodoncia del Hospital Militar Central es alta en el sexo masculino durante el 2016				

Prospectivo		Ensayo en lab	EXPERIMENTAL	TIPO DE INVESTIGACION (marcar con una "X")	Especifico 5
Retrospectivo	DIRECCIONALIDAD	Ensayo clinico controlado			
Bidireccional		Estudio de campo (sanos)			
Transversal	Nº DE MEDICIONES	Estudio aleatorizado			
Longitudinal		CUASI EXPERIMENTAL			
Exploratorio		Cortes Tansversales			
Descriptivo		Casos y controles			
Comparativo		Estudios de cohorte			
Relacional	NIVEL	Tamizaje	OBSERVACIONALES		
Explicativo		Descripcion de casos			
Aplicativo		Ecologicos /epidemiologicos			
		Hibrido			

ANITA K. AGUIRRE MORALES
 DOCTORA EN SALUD PUBLICA
 CIRUJANA DENTISTA