



380

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE
GINGIVITIS EN POBLACIÓN ESCOLAR DE
SECUNDARIA**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

SANDRA NAVARRETE CUEVAS

Directora:

C.D. Nancy Jacques Medina

Nancy Jacques Medina

Asesores:

C.D. Maria Elena Nieto Cruz

C.D. Alfonso Bustamante Bécame



México

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

A la Universidad Nacional Autónoma de México:
Por darme todos los conocimientos y las armas para ser una
PROFESIONISTA.

A la Facultad de Odontología:
Por ser mi segundo hogar y darme la mejor de las formaciones.

A la Directora de Tesina:
C. D. Nancy Jacques Medina
Por transmitirme todos sus conocimientos, darme su tiempo y paciencia.

A la Coordinadora de Seminario:
Dra. Mirella Feinglod Steiner
Por permitirme asistir a este seminario, y darme la oportunidad de conocer
mas allá de la Odontología.

Al C. D. Alfonso Bustamante Bácame:
Por el apoyo que me brindó en la corrección de este trabajo.

A todos los profesores del Seminario:
Por transmitirme sus conocimientos y experiencias, de esta manera podré
ser mejor.

A todos los compañeros de Seminario:
Gracias a ustedes, el Seminario fue grato y ameno, juntos formamos un
bonito grupo.

A Dios:

Por permitirme tener todos los elementos físicos, espirituales e intelectuales para llegar hasta aquí.

A mi madre:

Carmen

Por darme la vida, tu amor, tu ejemplo y tu apoyo. Por que siempre has creído en mi y me has dado la confianza de que todo lo puedo lograr, recuerda siempre que tú eres para mi la mejor madre del mundo y que te quiero como no tienes idea. Gracias por todo lo que has hecho por mi, jamás en la vida te lo podré pagar.

A mi esposo:

Ricardo

Por ser mas que esposo, ser mi amigo, y mi confidente, porque siempre estas a mi lado, por todo tu apoyo en este seminario, y sobre todo por tu paciencia.

Gracias por ser como eres, por que juntos hemos crecido, en todos los sentidos, y porque tu mejor que nadie me aguantas en mis momentos de crisis. Te amo.

A mis hijos:

Francisco y Nadia

Por estar conmigo, por ser como son, y esperando de ustedes comprensión, por los momentos que los he dejado por cumplir mis sueños.

Los quiero con toda mi alma y ojalá esto lo sepan valorar, porque lo hago por ustedes y para ustedes.

A mis abuelitos:

Héctor (Q.E.P.D.)

Por que se que siempre has estado a mi lado, y de haberme conocido al igual que a mis demas primos nos hubieras querido mucho. Gracias por que por medio de tus hijos nos transmitiste una serie de conocimientos que no se aprenden en la escuela. Te quiero mucho.

Costa

Por estar conmigo, por quererme y cuidarme a tu modo, por que independientemente de todo siempre me divertí contigo, Te quiero mucho.

A la familia Cuevas Santamaría:

Héctor, Rosa, Oscar, Yadira, Nidia, Selene, Yoselin, Marí, y Alexia:

Por que siempre me dejarón ser parte de su familia, por que con ustedes supe lo que era una verdadera familia, por dejarme compartir con ustedes todos mis triunfos y fracasos, por quererme, gracias. Los quiero mucho.

A la familia Cuevas Coronel:

José, Rosalba, Talía, Carla y Paola

Por que siempre me han querido y me han hecho sentir una buena persona, ojalá logren sus metas, y recuerden que en la familia hace falta mas que amor para que salga adelante, los quiero mucho.

A la familia Cortina Cuevas:

Teresa, Armando, Héctor y Miguel

Gracias por permitirme estar con ustedes, transmitiéndoles mi alegría y mi amor, recuerden que en esta vida siempre hay que sacrificar para lograr los objetivos deseados, y que no existen personas perfectas, en todas hay errores, solo hay que asimilarlos y hacerlos a un lado para poder crecer, los quiero mucho.

A la familia Cuevas Ibarra:

Javier, Zoila y Claudia

Aunque estén lejos y no conozca a parte de la familia siempre están en mis pensamientos, y siempre estoy deseando verlos, espero que se sientan orgullosos de lo que he logrado, los quiero mucho, y ojalá muy pronto los vea y pueda compartir con ustedes mis logros.

A la familia Cuevas Ezquivel:

Miguel, Lucha, Mayra y Miguelito

Saben que me duele no verlos y no poder compartir con ustedes estos momentos, pero la distancia no es obstáculo, y ojalá sientan alegría de que logré una de mis metas, los quiero mucho.

A la familia Jiménez Estrada:

Angeles, Jesús y Jesusito

Recuerden que todo se puede lograr, solo tienen que luchar por ello, y que este bebé que Dios les dio no solo basta quererlo, sino también deben pensar en su futuro, por que él tiene que llegar muy lejos, los quiero.

A la Familia Zavala:

Suegros, Cuñados, Concuñas y sobrinos

Gracias por su apoyo, porque con ustedes he logrado comprender que la familia es mas que amor y lealtad, es también fuerza y educación, también comprendí, que no solo basta con querer, sino hay que hacer y luchar, y no es válido rendirse cuando se tienen todos los atributos para salir adelante, los quiero y admiro.

Y un agradecimiento muy especial:

A Yadis (mi prima), porque sin ti no hubiera podido realizar este último paso para titularme, tu sabes que te quiero como a la hermana que no tuve, y que la confianza que te tengo para dejarte a mis hijos es ciega, disculpa si en algún momento abusé de ti pero el tiempo fue corto y creo que sabes la presión por la que pase.

Ponte metas y lucha por llegar a ellas, te aseguro que la satisfacción al final es infinita, te quiero mucho.



Escuela Secundaria Técnica No. 80

INDICE	
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	2
1.1 GENERALIDADES	2
1.2 GINGIVITIS	9
1.3 ETIOLOGÍA	12
1.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GINGIVITIS MARGINAL O SIMPLE	19
1.5 DIAGNÓSTICO	20
1.6 PATOGÉNESIS	23
1.7 CLASIFICACIÓN	26
1.8 TRATAMIENTO	29
1.9 PREVALENCIA	33
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
3. JUSTIFICACIÓN	34
4. OBJETIVOS	34
5. HIPÓTESIS	35
6. METODOLOGÍA	36

6.1 MATERIAL Y MÉTODO	36
6.2 TIPO DE ESTUDIO	40
6.3 VARIABLES DE ESTUDIO	40
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	40
7. RESULTADOS	41
8. CONCLUSIONES	43
9. BIBLIOGRAFÍA	44
10. ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Después de haber realizado una extensa búsqueda de información, sobre la patología con mayor índice de prevalencia en adolescentes, encontré que la gingivitis era una de ellas.

En la mayor parte de la literatura, así como en artículos, mencionan la falta de higiene bucal como principal factor de riesgo.

En un estudio realizado en el sur de Gales se encontró, que el sexo era un determinante, siendo el masculino el que presentaba mayor descuido en la higiene bucal. (1)

La acumulación de placa dentobacteriana, es común de 11-14 años de edad, pero esto no quiere decir que en la edad adulta no se presente o que disminuya, es solo que en la adolescencia intervienen otros factores para que esta se encuentre en la mayoría de ellos.

La falta de información y de orientación sobre una correcta técnica de cepillado contribuye en gran parte a esta problemática.

Existen grandes campañas a nivel nacional donde se trata de dar una orientación a la población en general, pero la falta de interés de los profesores así como de los padres de familia sobre esta patología no permite disminuirla.

El adolescente, en su etapa de rebeldía no permite orientarlo, y al contrario realiza una serie de actividades que lo perjudican, su falta de aseo bucal es uno de los principales factores de riesgo para que se presente la gingivitis, por que aunque se encuentran en una etapa de apariencia, la falta de información no les ayuda a comprender la gran importancia que tiene la boca, no solo para verse bien sino para una favorable salud general.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. GENERALIDADES

PERIODONTO

Los tejidos de soporte del diente, conocidos colectivamente como el periodonto (del griego peri, que significa alrededor y odontos, diente), están compuestos por las encías, ligamento periodontal, cemento y hueso de soporte y alveolar. Estos se encuentran organizados en forma única para realizar las siguientes funciones:

1. Inserción del diente a su alveolo óseo.
2. Resistencia y resolución de las fuerzas generales por la masticación, habla y deglución.
3. Mantener la integridad de la superficie corporal separando los medios ambientes externo e interno.
4. Compensación de los cambios estructurales relacionados con el desgaste y envejecimiento a través de la remodelación continua y de la regeneración.
5. Defensa contra las influencias nocivas del ambiente externo que se presenta en la cavidad bucal. (2)

ENCÍA

La encía es la parte de la mucosa bucal que cubre las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes.

Anatómicamente se divide en:

-**MARGINAL**: Es el borde de la encía que rodea los dientes a modo de collar.

-**SURCO GINGIVAL**: Es una hendidura o espacio poco profundo alrededor del diente, cuyos límites son, por un lado la superficie

dentaria y por otro lado el epitelio que tapiza la parte libre de la encía.

-INSERTADA: Está a continuación de la encía marginal, es firme, elástica y aparece estrechamente unida al periostio del hueso alveolar.

-INTERDENTAL: Ocupa el nicho gingival. (3)

EPITELIO GINGIVAL

La superficie gingival está cubierta por epitelio escamoso estratificado; es de tipo queratinizado y tipo y grosor uniforme.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCÍA

COLOR: El color de una encía sana, es por lo regular rosa pálido; el aspecto pálido se compara al rojo de la mucosa bucal que se debe al grosor y estado queratinizado de la superficie del epitelio. El color se puede modificar por la presencia de pigmentación en personas de color oscuro y por el flujo sanguíneo a través de los tejidos.

SUPERFICIE: La superficie de la encía en seco debe ser rugosa y granulada; presenta una superficie irregular, con puntilleo que parece cáscara de naranja, el grado de puntilleo varía de manera considerable dentro de la clasificación.

FORMA: La forma de la encía depende del contorno y tamaño de las áreas interdenciales, y estas a su vez de la forma y posición de los dientes. La punta de la papila gingival es delgada, tiene una terminación contra el diente en forma de filo de cuchillo y en la mayor parte de los dientes humanos es redondeado.

CONSISTENCIA: A la palpación con un instrumento romo, la encía debe ser firme, resistente y ligada con firmeza a los tejidos duros subyacentes; la encía marginal, aunque es movable, tiene que estar adaptada a la superficie del diente.

SURCO GINGIVAL: La profundidad del surco gingival varía de 1 a 3mm; al realizar un sondeo con un instrumento, no debe haber hemorragia. La encía normal presenta un flujo no detectable del líquido del surco. (4)



Encía clínicamente sana (5)

HUESO ALVEOLAR

Las raíces de los dientes se encuentran incrustadas en los procesos alveolares del maxilar y la mandíbula. Estos procesos son estructuras dependientes de los dientes. Su morfología es una función de la posición y la forma de los dientes.

CEMENTO

El cemento forma una interfase entre la dentina radicular y los tejidos conectivos blandos del ligamento peiodontal. Es una forma altamente especializada de tejido conectivo calcificado que se asemeja

estructuralmente al hueso. El cemento carece de inervación, aporte sanguíneo directo y drenaje linfático.

El cemento desempeña tres funciones principales:

1. Inserta las fibras del ligamento periodontal a la superficie radicular.
2. Ayuda a conservar y controlar la anchura del espacio del ligamento periodontal.
3. Sirve como medio a través del cual se repara el daño a la superficie radicular.

LIGAMENTO PERIODONTAL

Los tejidos conectivos blandos que se envuelven a las raíces de los dientes y que se extienden en sentido coronario hasta la cresta del hueso alveolar, constituyen al ligamento periodontal. Las características estructurales constituyen células residentes, vasos sanguíneos y linfáticos, haces de colágeno y sustancia fundamental amorfa. (2)

PERIODONTITIS

Se habla de periodontitis cuando se ha perdido la inserción del ligamento periodontal, como el soporte óseo alveolar. A esto se vincula la migración apical del epitelio de unión sobre la superficie radicular.

En decenios pasados, los padecimientos periodontales recibieron una gran variedad de nombres; por ejemplo, Weski, en 1973, los llamó paradentosis, atrofia alveolar difusa; Gottlieb, en 1927, piorrea de Schmutz, y McCall y Box, en 1927; periodontitis compleja. En la actualidad, aún muchos la llaman piorrea; este término, aunque muy descriptivo puesto que se refiere al pus que emana de las bolsas

periodontales, no se utiliza mucho en la profesión, se prefiere el sinónimo periodontitis.

Otros términos fuera de uso, son: periodontoclasia, pericementosis, alveoloclasia, enfermedad de Rigg y periodontitis supurativa crónica. (2)

PLACA DENTOBACTERIANA

La placa dental es esencial para el desarrollo de la enfermedad periodontal, y por tanto, su control es crítico en el tratamiento de estas. (3) Se describe como la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes u otras superficies bucales aunque al principio es un agregado de ellas, también se encuentran algunas células epiteliales e inflamatorias; presentan una estructura microscópica definida, las bacterias se ordenan en grupos o en columnas de microcolonias. Los espacios entre células y microcolonias están comunicados por sustancias intercelulares, saliva y flujo gingival.

La placa dentobacteriana se clasifica en:

SUPRAGINGIVAL: Aquellas agregaciones microbianas que se encuentran en las superficies dentales.

Se detecta a simple vista, cuando alcanza cierto espesor, es amarilla o blanquecina y tiene mayor espesor a lo largo del tercio gingival del diente y áreas inter-proximales, cuando es muy delgada para detectarse, su presencia se determina con el uso de una solución reveladora como la eritrosina.

Se encuentra en el tercio gingival de la corona, área que por lo regular carece de autoclisis, la abrasión que producen la comida, higiene bucal y masticación normal es por lo regular suficiente para prevenir depósitos importantes de placa en las superficies lisas y

Por el contrario las áreas ínter-proximales acumulan placa, ya que no tienen autoclisis y son de difícil alcance para el cepillado dental. Los depósitos de placa se presentan, por lo regular en fisuras, fosas e irregularidades de las superficies oclusales, se forma fácilmente en dispositivos ortodónticos removibles, así como en todo tipo de restauración.

SUBGINGIVAL: Son aquellas agregaciones bacterianas que se encuentran por completo dentro del surco gingival o bolsas periodontales.

Es delgada, difícil de visualizar in situ, estos depósitos se detectan después de la remoción de la bolsa por medio del raspado de la superficie radicular con sonda o cureta. (4)

Los primeros reportes de la salud y enfermedad gingival durante la niñez y adolescencia son inconsistentes.

Mühlemann y Mazor (1958) encontraron que la prevalencia de gingivitis en niños de Suiza de 13 años de edad era de 93%.

Mchugn y Col (1964) reportaron que el 99% de los niños de 13 años en Dundee, Escocia presentaban gingivitis; Bjorby y Løe (1969) confirmaron que todos los niños y adolescentes padecían gingivitis.

La gingivitis se considera casi universal, sin embargo; hay algunas variaciones en gravedad (King 1944-1945).

Parfitt (1957), sugirió que la gingivitis se presentaba en ambos sexos, en la pubertad con mayor gravedad a los 14 o 15 años de edad, y aumenta al avanzar la edad.

1.2. GINGIVITIS

Definición:

La gingivitis es la inflamación de la encía, (por lo regular la marginal), de naturaleza crónica, es la patología que más se presenta en la población. (2)

GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA

El tipo más común de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple causada por placa bacteriana adherida a la superficie de los dientes. Es llamado en ocasiones gingivitis marginal crónica o simple, puede permanecer estática durante períodos indefinidos o puede proceder a la destrucción de las estructuras de soporte (periodontitis).

Generalmente existe concordancia entre los cambios patológicos de la gingivitis debido a la presencia de microorganismos en el surco gingival. Estos microorganismos son capaces de sintetizar sustancias potencialmente lesivas, que producen daño en las células de los tejidos epiteliales y del conectivo. (3)

Existe en todas las formas de enfermedad gingival ya que la placa bacteriana que causa la inflamación, y los factores irritantes que favorecen la acumulación de alimentos, suelen estar presentes en el entorno gingival.

La gingivitis se inicia en la niñez temprana. Con auxilio de diversos índices para cuantificar la inflamación, los investigadores han observado gingivitis en 2 a 34% de los niños de dos años de edad, y en 18 a 38% de los que tienen tres años de edad. A pesar de que se detectan innumerables placas en las piezas dentales de preescolares, la inflamación puede localizarse en los molares primarios. En el preescolar la gingivitis raramente evoluciona hasta la periodontitis. (6)

La enfermedad periodontal en niños y adolescentes fue descrita por primera vez por Gottlieb a principios del decenio de los 20's, a partir de entonces surgió un considerable interés en la investigación acerca de su etiología, características, manifestaciones y alternativas de tratamiento.

Por tal motivo en la actualidad se sobreentiende que este prototipo de enfermedad pertenece a un grupo de patologías conocidas como: gingivitis crónica, periodontitis temprana, gingivitis/periodontitis necrozante ulcerosa aguda y periodontitis, asociada a factores sistémicos, todas ellas afectan en esencia a niños y adolescentes, siendo una de sus características más importantes que se presentan antes de los 35 años de edad.

Se ha demostrado que la pérdida de inserción periodontal y de tejido óseo en uno o más sitios varía de 1-9% entre las edades de 5 a 11 años y en forma generalizada de 1 a 46% entre los 12 y 15 años de edad. (7)

Es común llamar a todas las formas de enfermedad gingival como gingivitis, como si la inflamación fuera el único proceso patológico presente. Sin embargo los procesos patológicos no causados por irritación local, tales como atrofia hiperplásica y neoplasias también pueden presentarse en la encía.

El papel de la inflamación en casos individuales de gingivitis varía de la siguiente manera:

1. –La inflamación sólo puede ser primaria y ser el único cambio patológico, este es sin duda el tipo más frecuente de enfermedad gingival.
2. – La inflamación puede ser una característica secundaria superpuesta a alguna enfermedad gingival de origen general. Por ejemplo, la inflamación suele complicar la hiperplasia gingival a causa de la administración por vía general de fenitoína.

3. – La inflamación puede ser el factor causal de los cambios clínicos en pacientes con afecciones generales que por sí solas no producirían una enfermedad gingival detectable clínicamente. La gingivitis durante el embarazo es un ejemplo de ello.(8)

Gingivitis (5)

1.3. ETIOLOGÍA

La gingivitis se puede presentar por varias causas, las principales son: lesiones traumáticas o lesiones de irritación, que pueden aparecer junto con factores locales y sistémicos modificando e inclusive agravando el cuadro clínico. (2)

FACTORES ETIOLÓGICOS

HIGIENE ORAL: La relación entre la mala higiene bucal y la enfermedad gingival, la convierte en un factor etiológico primario, el padecimiento activo aparece en presencia de residuos bucales (placa) y cálculos. (3)

NUTRICIÓN: Los nutrientes que fueron específicamente asociados con los tejidos periodontales son: Vitamina A, complejo B, C y D, los elementos calcio y fósforo, las deficiencias de cada uno de estos nutrientes y sus efectos sobre el periodonto han sido claramente probadas mediante estudios apropiadamente realizados en animales, pero en seres humanos no han sido convincentes, es un factor secundario.

HÁBITOS: fumar tabaco y métodos incorrectos de cepillado, irritan los tejidos gingivales.

ATENCIÓN DENTAL: La gingivitis disminuye en pacientes que están bajo atención dental, y aumenta en pacientes que se han descuidado y no asisten al dentista.

ODONTOLOGÍA DEFECTUOSA: Restauraciones dentales y las prótesis mal hechas, son causa de inflamación gingival.



Restauración mal realizada, favorece el empaquetamiento de Placa Dentobacteriana (5)

OCCLUSIÓN: Las restauraciones que no conforman los patrones oclusales de la boca causan desarmonías oclusales, que pueden ser lesivas para los tejidos periodontales de soporte.

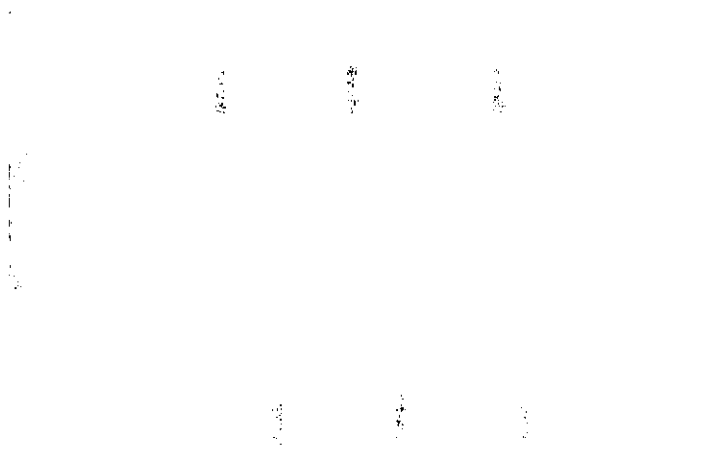
ORTODONCIA: Los aparatos ortodónticos tienden a retener placa dentobacteriana y restos de alimento, lo que produce gingivitis. El movimiento dentario ortodóntico es posible debido a que los tejidos periodontales responden a fuerzas aplicadas externamente. Una fuerza excesiva puede producir necrosis del ligamento periodontal.

IMPACTACIÓN ALIMENTARIA: Es un acuñaamiento forzado de comida en el periodonto por fuerzas oclusales.

MAL-OCCLUSIÓN: La alineación irregular de los dientes hace difícil, hasta imposible el control de la placa.

RESPIRACIÓN BUCAL: Las alteraciones gingivales incluyen eritema, edema, inflamación y un brillo difuso en las áreas expuestas, la región antero-superior es el lugar más común en esta lesión.

La respiración bucal produce una gingivitis a causa del cierre incompleto de los labios (5)



Fotografía intraoral de un paciente con hábito de respiración bucal. La lesión gingival inflamatoria está localizada en la zona expuesta de la encía. Observese la presencia de la típica línea de la respiración bucal en la zona de los dientes anteriores. (5)

INTERPOSICIÓN LINGUAL: Presión persistente y forzada de la lengua contra los dientes.

IRRITACIÓN QUÍMICA: Como consecuencia de sensibilidad a lesiones inespecíficas de los tejidos. Alergia a colutorios bucales, dentríficos o materiales de prótesis, tabletas de aspirina, fenitoína, etc.

La dieta alta en azúcar se manifestó como una gingivitis con sangrado mayor que la de una baja.

En la pubertad existen una serie de cambios hormonales, que en ocasiones afecta la normalidad en una mucosa, debido a que la encía se encuentra sensible. Pero también se ha observado que en esta etapa el ser humano se vuelve complicado y rebelde, por lo tanto descuida en gran parte su organismo, acude poco al médico, no le da importancia a ciertas anomalías que presenta el mismo. Por el contrario en ocasiones adquiere hábitos que lo perjudican, como fumar, tomar, consumir alimentos con alto contenido de grasas y carbohidratos.

PUBERTAD

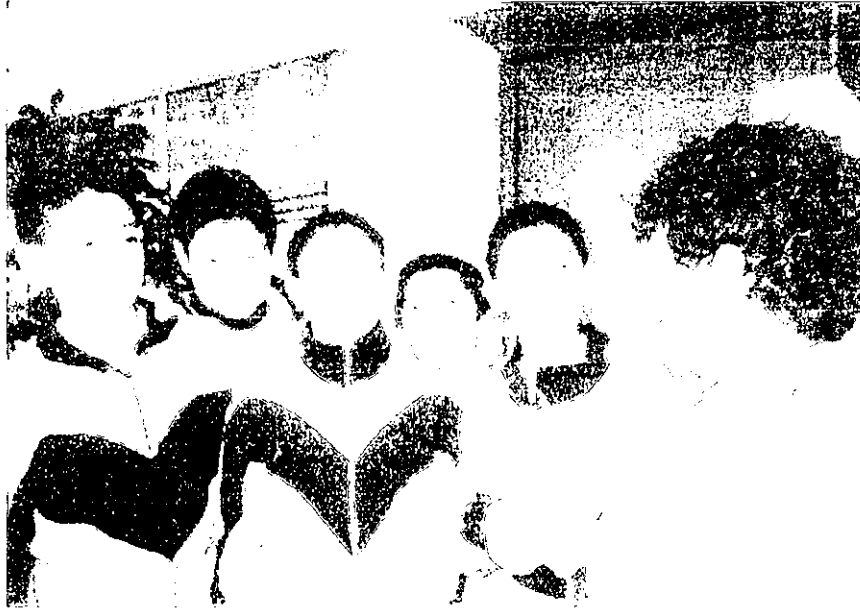
Durante la adolescencia surgen cambios importantes en el cuerpo del ser humano, que comienzan con el término de la infancia, y es en esta etapa cuando se dice que comienza la pubertad.

La palabra pubertad se deriva del latín *pubertas* que tiene como significado "edad de la virilidad", esto se refiere a que los órganos reproductores, tanto femeninos como masculinos, han llegado a su madurez y pueden empezar su funcionamiento.

Esta etapa es muy rápida tan solo dura de uno a tres años dependiendo de cada individuo, para que dicha madurez se realice existen factores externos e internos.

Relacionado con la madurez de los órganos reproductores, se encuentran cambios físicos importantes, así como cambios de conducta.

Es difícil determinar el término de esta etapa, ya que es parte de la adolescencia.



Grupo de adolescentes, con una serie de interrogantes

CAMBIOS HORMONALES

La pubertad se divide en tres etapas:

-Prepubescente: Etapa inmadura en la cual suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias o los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos, pero en la que todavía no se ha desarrollado la función reproductora.

-Pubescente: Etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero en la que aún no se ha completado los cambios corporales.

Postpubescente: Etapa madura en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las

proporciones debidas y las características sexuales secundarias están bien desarrolladas.

El inicio de la pubertad se maneja en las niñas a partir de que se presenta la menarca (primera menstruación), y en los niños, se considera como criterio la primera "polución nocturna". Esto quiere decir que los niños durante el sueño, su pene se pone erecto y el semen es expulsado de manera involuntaria.

Ambos criterios son inciertos y solamente se han ido popularizando. El criterio más confiable en ambos sexos es la evaluación del " desarrollo óseo por medio de rayos X". Los estudios revelan que el desarrollo genital siempre se produce en determinado punto del desarrollo óseo del individuo: El examen por rayos X de los huesos largos de manos y rodillas, practicado en distintos momentos del crecimiento preadolescente, hace posible determinar con precisión cuándo comienza la pubertad y en qué proporción progresa.

Los indicadores óseos de la madurez son los cambios sucesivos en el perfil de las zonas terminales de la diáfisis y en el contorno de los centros de osificación de la epífisis.

La edad promedio en la que se marcan dichos cambios es entre los 12 y los 14 años, tomando en cuenta que los varones maduran alrededor de un año después. (9)

ADOLESCENCIA

La adolescencia (del latín *adolescere*: desarrollarse) puede considerarse no tanto un tránsito o una fase en el desarrollo psíquico del individuo, hacia una supuesta madurez, si también una transformación en algo nuevo que se conserva en sí lo antiguo: nunca desaparece la infancia, como nunca se accede a una madurez absoluta.

Se habla de adolescencia en términos de edad ingrata, de crisis. Así el profesor Debesse habla de crisis de originalidad juvenil. Esta noción supone el antagonismo de impulsos divergentes, el encaramiento de

elementos incompatibles. Si buscamos los factores hostiles que se opondrían mutuamente en el interior del adolescente, nos encontramos que son aquellos por los que se convierte en adulto. Así su carácter propio consiste en ser, simultáneamente, niño y adulto.

La crisis de la adolescencia, que constituye un hecho inevitable, tiene más o menos virulencia según el ambiente que rodea al adolescente, la educación recibida y la conciencia adquirida a través de la misma.

Peter Bloss subdivide la adolescencia en temprana y tardía:

-La adolescencia temprana (10-14 años), que coincide efectivamente con los cambios somáticos, se caracteriza por la adquisición de la propia identidad sexual, y por la conciencia de lo particular, de lo individual: Ser uno mismo. Es la parte más difícil de la adolescencia, puesto que la búsqueda de identidad transcurre paralelamente a una identidad física en formación.

-La adolescencia tardía (14-15/18-20 años), la preocupación básica es la consolidación de la personalidad, pero la mayor parte de los conflictos de esta etapa han germinado ya en la primera.

Tanto el crecimiento corporal como el aumento de la masa muscular y la distribución de grasa se conjugan en cada individuo, a margen de las diferencias típicas del sexo, de modo distinto y sin una armonía de conjunto. Este hecho preocupa a los púberes, quienes se sienten expuestos a cambios inquietantes y muchas veces no deseados, por lo menos en la forma en que acostumbran a presentarse. Caracteriza a esta etapa una gran ambivalencia, ya que el púber pretende distinguirse del resto, a fin de "ser uno mismo", y, al mismo tiempo, quiere ser como todos, es decir normal. (10)

1.4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA O SIMPLE

- Cambios de coloración, de rosa coral a rojo y a rojo azulado.
- Cambios en la forma, que en condiciones normales es delgada y con borde afilado, a edematosa y en ocasiones con papilas interdentes abultadas.
- Cambios en la posición gingival, con el margen gingival abultado cerca o en la protuberancia de la corona.
- cambios en la textura superficial, que en ocasiones presenta una superficie satinada y en la pérdida o reducción del puntilleo gingival y pérdida de las hendiduras interdentes y marginales.
- hemorragia espontánea (4)

AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN LA PUBERTAD

- Se presenta tanto en hombres como en mujeres.
- Se presenta en áreas de irritación local.
- El agrandamiento es mayor que el observado en situaciones relacionadas con cantidades comparables de irritaciones locales
- Es marginal
- Papilas inter-proximalas voluminosas y prominentes.
- Superficies linguales sin alteración. (8)

1.5. DIAGNÓSTICO

Para determinar un estado de salud periodontal se deben observar los parámetros clínicos en las características normales de coloración, tamaño, forma, consistencia, textura superficial de la encía y profundidad al sondeo del surco gingival, realizado en todas las caras del diente.

Las evidencias radiográficas deben interpretarse en presencia o ausencia de radiolucencias o radiopacidades dentro y fuera del diente, con la integridad y altura ósea en cada zona, y otras características principales como la proporción corona-raíz, proximidad entre raíces así como entre otras estructuras vecinas.

Para un adecuado control de la enfermedad se deben reconocer primero los factores etiológicos relacionados. Un error habitual es el que se comete cuando se emprenden terapias audaces sin eliminar las verdaderas causas de los problemas, ya que se realizan tratamientos de secuelas sin haber establecido antes un diagnóstico.

La gingivitis es un estado inflamatorio que afecta principalmente a la encía, mientras que una periodontitis es un estado infeccioso y progresivo que destruye las estructuras de soporte dentario.

Para determinar que se trata de gingivitis, primero es necesario reconocer que no existe evidencia alguna de pérdida de inserción periodontal; Es decir, en el sondeo periodontal no debe haber bolsas periodontales, por ende ni pérdida de hueso ni de inserción clínica.

Un factor sistémico predisponente se refiere a los diversos estados generales que afectan la respuesta del huésped. Por tanto, en el diagnóstico etiológico, independiente a la detección de placa dentobacteriana como factor determinante, deben buscarse los posibles factores locales predisponentes que favorecen la retención de la placa o que interfieren con su eliminación, y considerar los posibles factores contribuyentes como medicamentos (fenitoína, nifedipina, ciclosporinas, etc.) u otros estados sistémicos que interfieren con la respuesta del huésped (cambios hormonales, diabetes, tabaquismo, etc.) (11)

EVALUACIÓN DE GINGIVITIS

Se han publicado varios métodos para diagnosticar, categorizar y cuantificar la gravedad de gingivitis; la mayor parte de éstos fueron desarrollados por investigadores dentales para encontrar un propósito específico en conexión con un estudio en particular, y todos coinciden en un punto o más de los siguientes: color gingival, contorno, hemorragia, extensión de afección y flujo del fluido del surco gingival.

La versión del índice PMA de Schour y Massler (1947) se diseñó para medir la prevalencia de gingivitis entre niños italianos después de la Segunda Guerra Mundial; se basó en un conteo del número de unidades de papilas interdentes vestibulares, encía marginal e insertada afectadas por gingivitis. La suma de estos valores se usó para determinar el índice PMA por persona.

Russell (1956) encontró el índice PMA inadecuado para estudios epidemiológicos descriptivos a gran escala de enfermedad periodontal y desarrolló el índice periodontal (PI). Este se diseñó para aportar una evaluación rápida y simple de la ausencia o presencia y gravedad de inflamación gingival, formación de bolsa y pérdida de función masticatoria. Mühlemann y Mazor (1958), en su estudio de escolares, usaron un medio similar al PMA, llamado índice de hemorragia del surco (SBI). Evaluaron unidades de papilas y de encía marginal, eliminaron la valoración de inserción debido a que se usa en raras ocasiones e incluyeron la hemorragia al sondeo como indicador de gingivitis.

Ramfjord (1959) introdujo una propuesta diferente para evaluar la salud periodontal con propósitos de investigación; el índice de enfermedad periodontal de Ramfjord (PDI) como de Russell, se usa para medir la presencia de la enfermedad en grupos de personas. Como el PI, el PDI incluye gingivitis y periodontitis, propone asignar mayor importancia a la gingivitis cuando rodea a un diente por completo que cuando no la hace.

El índice gingival (GI) desarrollado por Löe y Sliness (1963) es un refinamiento de los sistemas de valoración de gingivitis temprana; como

en el índice de Mühlemann y Mazor, incluye la dimensión de hemorragia al sondeo. (4)

1.6. PATOGÉNESIS

La secuencia de los acontecimientos en el desarrollo de la gingivitis debe analizarse en 3 etapas:

ETAPA I

Los cambios vasculares han sido descritos como la primera respuesta a la inflamación gingival inicial. Esta respuesta vascular consiste esencialmente en la dilatación capilar y el aumento del flujo sanguíneo. Clínicamente no hay datos.

ETAPA II

Pueden aparecer los signos clínicos de eritema y hemorragia al sondeo.

ETAPA III

La encía aparece inflamada moderadamente grave. (3)

Existe una gran variedad de patogenias que se van a describir mas adelante en CLASIFICACIÓN, pero dada la importancia que tiene la fenitoína, debido al gran porcentaje de casos de gingivitis relacionados con este medicamento, se hará una descripción de dicho medicamento.

FENITOÍNA

La fenitoína (sodio 5,5-difenilhidantoína), descrita por primera vez por Putman y Merrit (1937), ha sido por más de 50 años el fármaco de elección para el control de la epilepsia. Entre sus efectos colaterales más frecuentes se encuentra el agrandamiento gingival; además, se ha observado que cuando se combina con otros agentes antiepilépticos se incrementa la prevalencia de dicho agrandamiento.

Recientemente, además de fenitoína, se ha relacionado con la aparición de agrandamiento gingival a ciclosporinas y antagonistas del calcio; Estas

tres clases de medicamentos provocan cambios importantes en la función del fibroblasto, el cual induce un aumento en la matriz extracelular del tejido conectivo gingival.

Por lo anterior, el término hiperplasia gingival resultaría inadecuado para referirse a este trastorno, debido a que el agrandamiento gingival no es el resultado del aumento en el número de células, sino en el volumen extracelular.

Prevalencia

No existe preferencia por sexo ni raza, pero respecto a los grupos de edad se ha informado con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. Si bien fenitoína es un factor desencadenante, no todas las personas bajo tratamiento con este agente resultan afectadas; además no se ha observado relación de la prevalencia y gravedad de las lesiones gingivales con la dosis o las concentraciones sanguíneas o salivales del fármaco en humanos.

Manifestaciones clínicas

Los signos clínicos tempranos del cambio gingival: son dolor y sensibilidad, en general, se presenta extrusión y sobrecrecimiento de las papilas interdentes que forman masas firmes de tejido, móviles y triangulares. La encía insertada presenta nódulos firmes con aspecto granular en la superficie labial. Cuando no hay crecimiento papilar, el agrandamiento gingival se desarrolla como un festón o media luna marginal diferente. Un dato importante es que la higiene bucal no se puede realizar de manera sencilla, lo que resulta en acumulación de placa con inflamación gingival y caries cervical y de esmalte; La halitosis es un hallazgo frecuente.

Tratamiento

A menudo es necesario, si hay inflamación gingival, caries dental o problemas estéticos, de fonación, función o comodidad.

El sobre-crecimiento gingival puede tratarse mediante alguna de las estrategias siguientes o la combinación de éstas:

-Reemplazar la fenitoína con un fármaco opcional (carbamacepina o valproato de sodio) en ínter consulta con el neurólogo del paciente. Después de este reemplazo puede presentarse regresión del tejido agrandado en aproximadamente 12 meses si la higiene bucal del paciente es adecuada.

-Tratamiento periodontal conservador, que incluye profilaxis profesional frecuente y un régimen de higiene riguroso. Se recomienda enjuague diario con clorhexidina.

-La eliminación quirúrgica del tejido agrandado, con un procedimiento de gingivectomía bajo anestesia local. La cicatrización se logra sin problema y se espera recurrencia en uno o dos años. Sobre todo en personas menores de 25 años. El problema tiende a recurrir con mayor rapidez cuando la higiene bucal no es adecuada. (12)

1.7. CLASIFICACIÓN

Enfermedades y trastornos gingivales:

A. Gingivitis

1. Gingivitis marginal
2. Gingivitis ulcerosa necrosante (ANUG)

B. Gingivitis y otras alteraciones gingivales con complicaciones sistémicas

1. Alteraciones gingivales relacionadas con hormonas sexuales
 - a. Gingivitis del embarazo
 - b. Gingivitis relacionada con anticonceptivos bucales
 - c. Gingivitis relacionada con otras alteraciones hormonales (ovarios poliquísticos, pubertad y menopausia)
2. Alteraciones gingivales relacionadas con enfermedades de la piel y membranas mucosas
 - a. Pérfigo
 - b. Penfigoide cicatrizal
 - c. Pérfigo buloso
 - d. Liquen plano
 - e. Psoriasis
 - f. Gingivitis descamativa
 - g. Lupus eritematoso
 - h. Eritema multiforme
 - i. Fibromatosis gingival idiopática
 - j. Estomatitis aftosa recurrente

3. Gingivitis en padecimientos sistémicos generalizados

- a. Leucemia aguda
- b. Trombocitopenia
- c. Hemofilia
- d. Síndrome de Sturge-Weber
- e. Granulomatosis De Wegener
- f. Esteclerosis
- g. Hipoadrenocortisismo
- h. Deficiencia de vitamina C
- i. SIDA
- j. Sarcoidosis

4. Gingivostomatitis infecciosa

- a. Gingivostomatitis herpética
- b. Herpes zoster
- c. Herpangina
- d. Sífilis
- e. Candidiasis
- f. Actinomicosis
- g. Histoplasmosis

5. Alteraciones gingivales relacionadas con el consumo de fármacos

- a. Tratamientos sistémicos
 - i. Fenitoína
 - ii. Valproato sódico
 - iii. Ciclosporina
 - iv. Dehidropiridinas: nifedipina (Procardia) y nitrendipina

b. **Compuestos con efectos locales**

- i. **Compuestos cáusticos**
- ii. **Metales pesados**

C. Trastornos gingivales diversos

- 1. **Quistes gingivales**
- 2. **Fístulas gingivales**
- 3. **Neoplasias**
- 4. **Hendiduras gingivales**
- 5. **Recesión gingival**
- 6. **Frenillo atípico o ligamentos musculares**
- 7. **Épulis o granuloma piógeno gingival**
- 8. **Abscesos gingivales (4)**

1.8. TRATAMIENTO

La identificación y tratamiento de la gingivitis en edades de población escolar, tiene como finalidad enseñar a los niños la importancia de la higiene periodontal. Muchos niños tienen una tendencia mínima de evolución de la gingivitis hasta la aparición de periodontitis en el lapso de la dentición primaria, pero el establecimiento de hábitos higiénicos excelentes en la cavidad bucal puede perdurar hasta la vida adulta, cuando es mayor el peligro de progresión de la enfermedad.

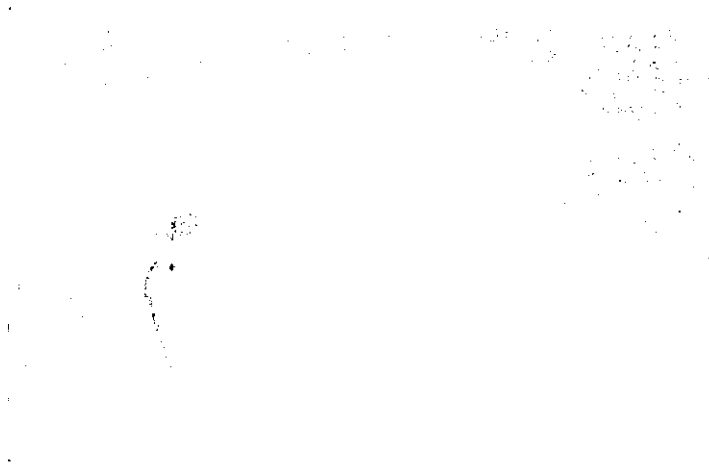
Dado estos casos, los programas de odontología preventiva, higiene bucal y educación de la población en cuanto a la cultura de salud es de primordial importancia. (6)

En caso de gingivitis crónica, no se justifica el uso de algún antibiótico, pero por las características etiológicas de la placa bacteriana es posible utilizar un agente antiplaca de manera concomitante local (enjuagues a base de clorhexidina a 0.12% dos veces al día durante dos a cuatro semanas, o de manera sostenida, compuestos fenólicos derivados de aceites esenciales como complemento casero al cepillado e hilo dental) (11)

El cepillado es aún el procedimiento más recomendado de manera universal para remoción de placa supragingival de las superficies accesibles de los dientes. Sin embargo, las superficies proximales y áreas subgingivales son difíciles de alcanzar con el cepillado y para estas áreas se necesitan otros auxiliares como hilo dental o puntas de hule.

TÉCNICA DE CEPILLADO

-Un paso importante en la conducción de una higiene dental adecuada es evaluar el cepillo que el paciente usa en la actualidad; se le pide que lo traiga en la primera cita.



Cepillo Dental (5)

-La técnica de Bass es por lo general el método de elección para remover placa, en particular del área adyacente a los márgenes de la encía; se colocan las cerdas en el margen y se angulan hacia el tejido blando. Se vibran en ese lugar, para que trabajen entre el tejido blando y el diente, se mueven hacia subgingival ligeramente; la angulación y el movimiento vibratorio ayuda a que las cerdas limpien el área más crítica de inicio de gingivitis y a queratinizar la superficie más coronal del revestimiento vibratorio, las cerdas barren hacia la superficie oclusal del diente, eso limpia la superficie vestibular o lingual restante. Las superficies oclusales se cepillan con movimientos horizontales simples de un lado a otro.

Técnica de Bass (6)

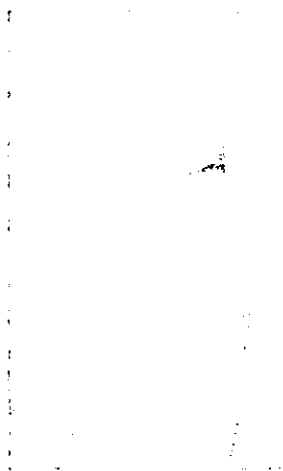
-Cuando se dan las instrucciones para el cepillado, es útil pedir a los pacientes que demuestren sus técnicas.

-Por lo general a la gente observada en sus hábitos de cepillado les toma de 33 segundos a dos minutos cepillar sus dientes; los que no se observan utilizan menos tiempo y remueven menos del 50% de toda la placa presente en sus dientes.

-Un cepillado minucioso dos veces al día o por lo menos cada veinticuatro horas mantiene la placa bajo control; aquella que permanece durante 48 horas o más se hace gruesa y cubre mucho de la superficie del diente.

HILO DENTAL

El uso del hilo dental y otros auxiliares mecánicos son necesarios para remover la placa de áreas interproximales y el surco gingival que no se alcanza de manera efectiva con el cepillo dental.



Hilo dental (5)

Métodos de uso:

-Enrollarlo en uno o dos dedos en cada mano y apretarlo con los dedos pulgares e índice con espacio suficiente entre las manos para manipularlo entre los dientes.

-Mantenerlo firme.

-El método regular del uso del hilo dental propone moverlo entre los contactos de los dientes con un movimiento de sierra ligero que pase el punto de contacto; después se presiona contra la superficie mesial o distal.

-Después el hilo dental se mueve hacia arriba y hacia abajo eliminando la placa. (4)

Fotografía de post-tratamiento (5)

1.9. PREVALENCIA

Hay indicios de que la inflamación gingival (gingivitis) y la pérdida de inserción periodontal (periodontitis) son eventos episódicos y probablemente no relacionados.

Un estudio longitudinal a tres años muestra que en una población con una relativamente alta incidencia de gingivitis no había progreso significativo en la destrucción periodontal. En otro reporte se encontró poca destrucción periodontal entre los adultos de una población con grandes cantidades de placa y alta prevalencia de gingivitis severa.

A pesar de las variaciones entre los reportes, los datos indican que la gingivitis tiene una alta prevalencia en los niños, probablemente cercana al 0-80%. (13)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al desconocimiento de los principales factores de riesgo que desencadenan la gingivitis, y a la poca importancia que las autoridades de la salud le dan, hay un alto índice de niños de edades de 12 a 14 años con dicha enfermedad. La falta de información, tiene como resultado que la población escolar de secundaria vea como normal la presencia de gingivitis y no la atienda, provocando con ello enfermedades bucales graves en la edad adulta.

3.JUSTIFICACIÓN

Al conocer los principales factores de riesgo de gingivitis que tiene la población escolar de secundaria, se podrá diseñar e implementar, un programa de Educación para la Salud Bucal, con el objeto de evitar las consecuencias que dicha enfermedad ocasiona y que en la edad adulta se presentan, con mayor gravedad.

4. OBJETIVO GENERAL

4.1 Conocer los principales factores de riesgo de gingivitis en población escolar de secundaria.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1 Determinar la prevalencia de gingivitis en población escolar de secundaria

4.2.2 Identificar por edad y sexo la frecuencia de gingivitis en población escolar de secundaria

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al desconocimiento de los principales factores de riesgo que desencadenan la gingivitis, y a la poca importancia que las autoridades de la salud le dan, hay un alto índice de niños de edades de 12 a 14 años con dicha enfermedad. La falta de información, tiene como resultado que la población escolar de secundaria vea como normal la presencia de gingivitis y no la atienda, provocando con ello enfermedades bucales graves en la edad adulta.

3.JUSTIFICACIÓN

Al conocer los principales factores de riesgo de gingivitis que tiene la población escolar de secundaria, se podrá diseñar e implementar, un programa de Educación para la Salud Bucal, con el objeto de evitar las consecuencias que dicha enfermedad ocasiona y que en la edad adulta se presentan, con mayor gravedad.

4. OBJETIVO GENERAL

4.1 Conocer los principales factores de riesgo de gingivitis en población escolar de secundaria.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1 Determinar la prevalencia de gingivitis en población escolar de secundaria

4.2.2 Identificar por edad y sexo la frecuencia de gingivitis en población escolar de secundaria

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al desconocimiento de los principales factores de riesgo que desencadenan la gingivitis, y a la poca importancia que las autoridades de la salud le dan, hay un alto índice de niños de edades de 12 a 14 años con dicha enfermedad. La falta de información, tiene como resultado que la población escolar de secundaria vea como normal la presencia de gingivitis y no la atienda, provocando con ello enfermedades bucales graves en la edad adulta.

3.JUSTIFICACIÓN

Al conocer los principales factores de riesgo de gingivitis que tiene la población escolar de secundaria, se podrá diseñar e implementar, un programa de Educación para la Salud Bucal, con el objeto de evitar las consecuencias que dicha enfermedad ocasiona y que en la edad adulta se presentan, con mayor gravedad.

4. OBJETIVO GENERAL

4.1 Conocer los principales factores de riesgo de gingivitis en población escolar de secundaria.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.2.1 Determinar la prevalencia de gingivitis en población escolar de secundaria

4.2.2 Identificar por edad y sexo la frecuencia de gingivitis en población escolar de secundaria

4.2.3 Implementar un Programa Educativo sobre gingivitis, factores de riesgo y practicas de Salud Buco-Dental

5.HIPÓTESIS

La mala técnica de cepillado da como resultado la acumulación de placa dentobacteriana, volviéndose un factor de riesgo de la gingivitis en la población escolar de secundaria.

5.1 HIPÓTESIS NULA

La mala técnica de cepillado no es un factor de riesgo en la gingivitis.

4.2.3 Implementar un Programa Educativo sobre gingivitis, factores de riesgo y practicas de Salud Buco-Dental

5.HIPÓTESIS

La mala técnica de cepillado da como resultado la acumulación de placa dentobacteriana, volviéndose un factor de riesgo de la gingivitis en la población escolar de secundaria.

5.1 HIPÓTESIS NULA

La mala técnica de cepillado no es un factor de riesgo en la gingivitis.

6. METODOLOGÍA



Presentación e información a la comunidad sobre gingivitis (fuente directa)

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se realizó en la Escuela Secundaria Técnica No. 80, y el universo de acción fue de 250 estudiantes, perteneciente al 1er. Año.

La muestra se realizó por muestreo sistemático para poblaciones homogéneas, y fue de 100 alumnos.

La detección de gingivitis se realizó observando las características clínicas (inflamación, cambio de coloración, consistencia y textura). Cabe mencionar que fui previamente capacitada por un periodoncista, para poder evaluar dichas características. Posteriormente se levantó el cuestionario para medir el nivel de conocimientos sobre gingivitis y placa dentobacteriana, así como el tipo de práctica de salud buco-dental que realizan.



Inspección clínica realizada a un alumno de la Escuela Secundaria Técnica No. 80 (fuente directa)

Para tal fin se elaboró un formato para recolección de datos (anexo).

Posteriormente se, implementó un Programa de Educación para la Salud, enfocado a gingivitis, factores de riesgo y prevención.



Programa impartido en las aulas de la Escuela Secundaria Técnica No. 80 (fuente directa)

Se les obsequió pastas dentales, que proporcionó la Facultad de Odontología.



Estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica con las pastas dentales que se les obsequió. (fuente directa)

Se realizó una demostración de técnica de cepillado, para que posteriormente los estudiantes la realizarán, para tal motivo se les pidió un cepillo dental.



Demostración de técnica de cepillado. (fuente directa)

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



Alumnos realizando la técnica de cepillado que se les explicó. (fuente directa)

Se les proporcionó pastillas reveladoras, para que observaran, la acumulación de placa dentobacteriana.

El análisis de estudio se realizó utilizando el paquete EXCEL 2000.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

-Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo

6.3 VARIABLES DE ESTUDIO

DEPENDIENTES: GINGIVITIS

INDEPENDIENTES: Factores de riesgo de gingivitis:

Prácticas de Salud Buco-Dental inadecuadas, mal-oclusión, tratamiento de ortodoncia, falta de información sobre gingivitis, asistencia al dentista, enfermedades sistémicas.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN

Alumnos de 1er. Grado de sexo femenino y masculino que cursen en la Escuela Secundaria Técnica No. 80.

Tener entre 11 y 14 años de edad

EXCLUSIÓN

Alumnos de la Escuela Secundaria técnica No. 80 que no pertenezcan a 1er. Grado y tengan mas de 14 años.

7. RESULTADOS

Los resultados fueron medidos por porcentajes, observando cada una de las variables, obtenidas en el formato de encuesta:

La población fue distribuida por sexo de la siguiente forma: 46% sexo femenino y 54% sexo masculino. (grafica 1)

El total de la muestra de población por edad y sexo se explica en la grafica 2.

La distribución de la población por edad y sexo femenino: 11 años 11%, 12 años 60%, 13 años 22% y 14 años 7%. Y en el sexo masculino: 11 años 9%, 12 años 50%, 13 años 37% y 14 años 4%. (Grafica 3, 4 y 5).

Los resultados de la población que presentó gingivitis fueron distribuidos de la siguiente forma:

El 37% presentó gingivitis mientras que el 63% presentó encía aparentemente sana, la población que presentó mayor prevalencia fue la del sexo femenino de 12 años, con un porcentaje de 13% mientras que la población de 14 años femenino, no presentó. (grafica 6)

Las características clínicas no tuvieron mucha diferencia con respecto a la Gingivitis, ya que los estudiantes que la presentaban, también presentaron cambios con la mayoría de las características clínicas de la encía. La característica clínica que no se presentó fue el sangrado, ya que no se realizó un sondeo, y no se observó un sangrado espontáneo.

Como factor etiológico, la mal-oclusión fue uno con mayor porcentaje, 68% siendo la población femenina de 12 años quien tuvo un mayor porcentaje, 26% y la población de 14 años de ambos sexos presentaron el menor porcentaje, 1%. (grafica 7)

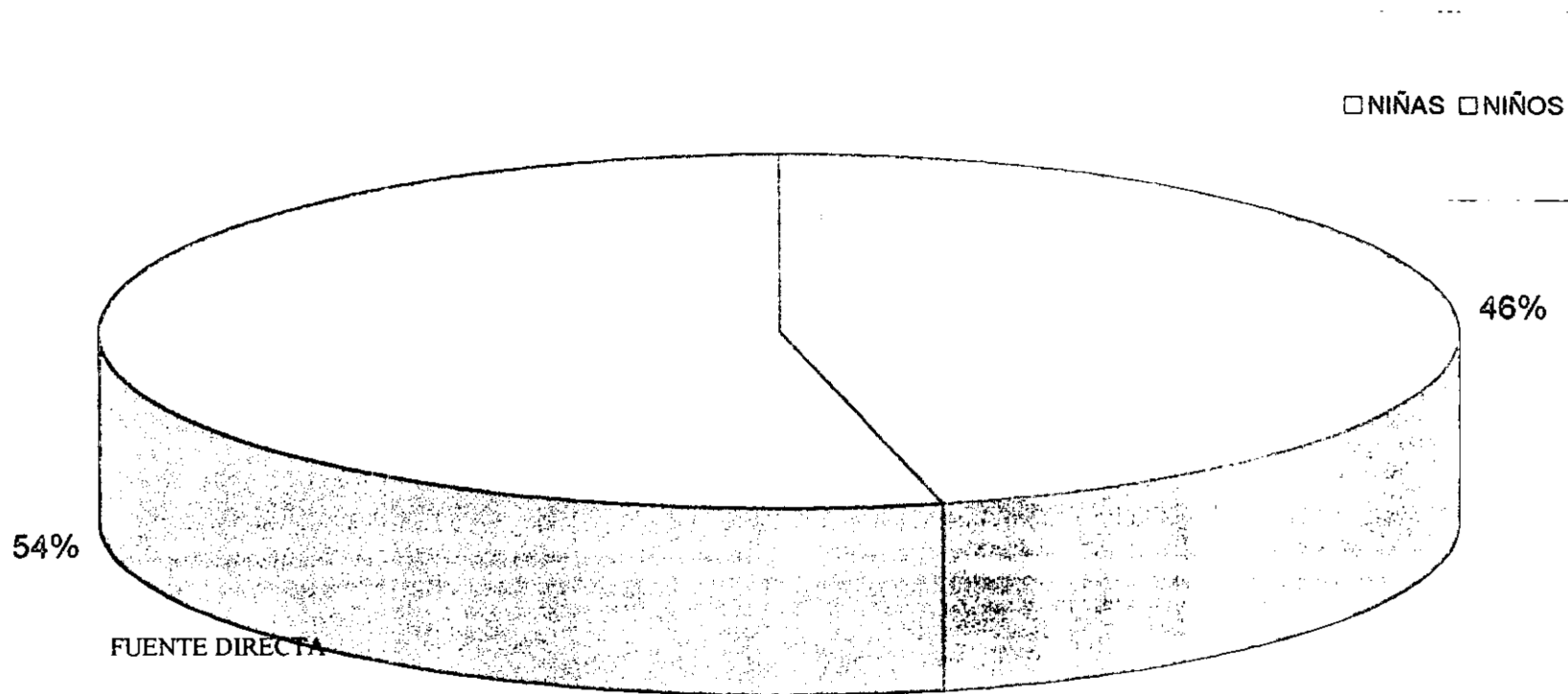
Se observó que la población con tratamiento de ortodoncia fue mínima, ya que el 91% del total de la muestra no presentó dicho tratamiento.

(grafica 8)

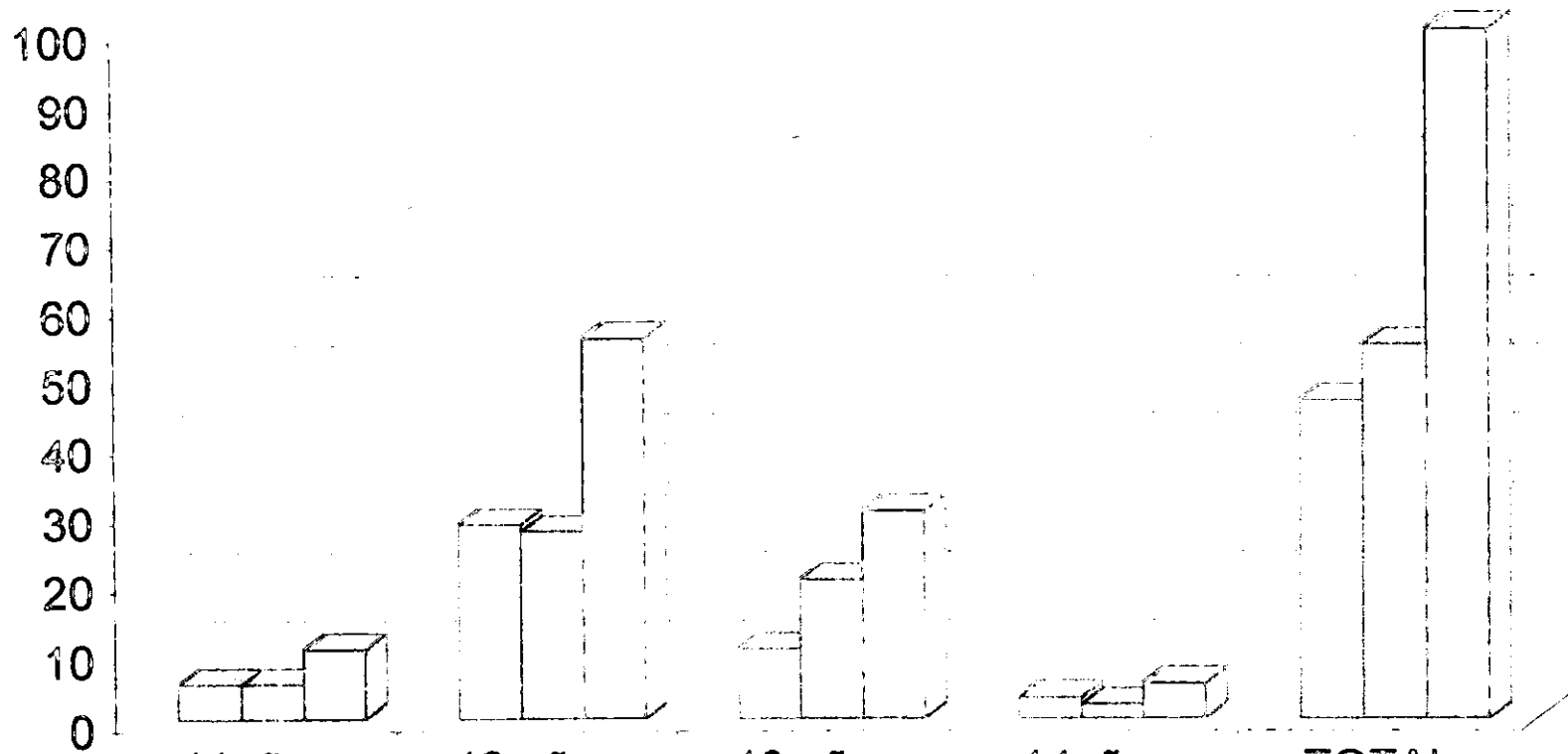
La frecuencia de cepillado aparentemente no tuvo mucha repercusión como factor etiológico ya que un 51% del total de la población se cepilla 2 veces al día. (grafica 9)

La ignorancia si aparece como uno factor etiológico con un porcentaje de 58% que no sabe que es la gingivitis y un 93% que no sabe que es la placa dentobacteriana.

**GRAFICA 1 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE GINGIVITIS EN POBLACIÓN
ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA No. 80
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO**



GRAFICA 2 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE GINGIVITIS EN POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA No. 80
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD Y SEXO



FUENTE DIRECTA

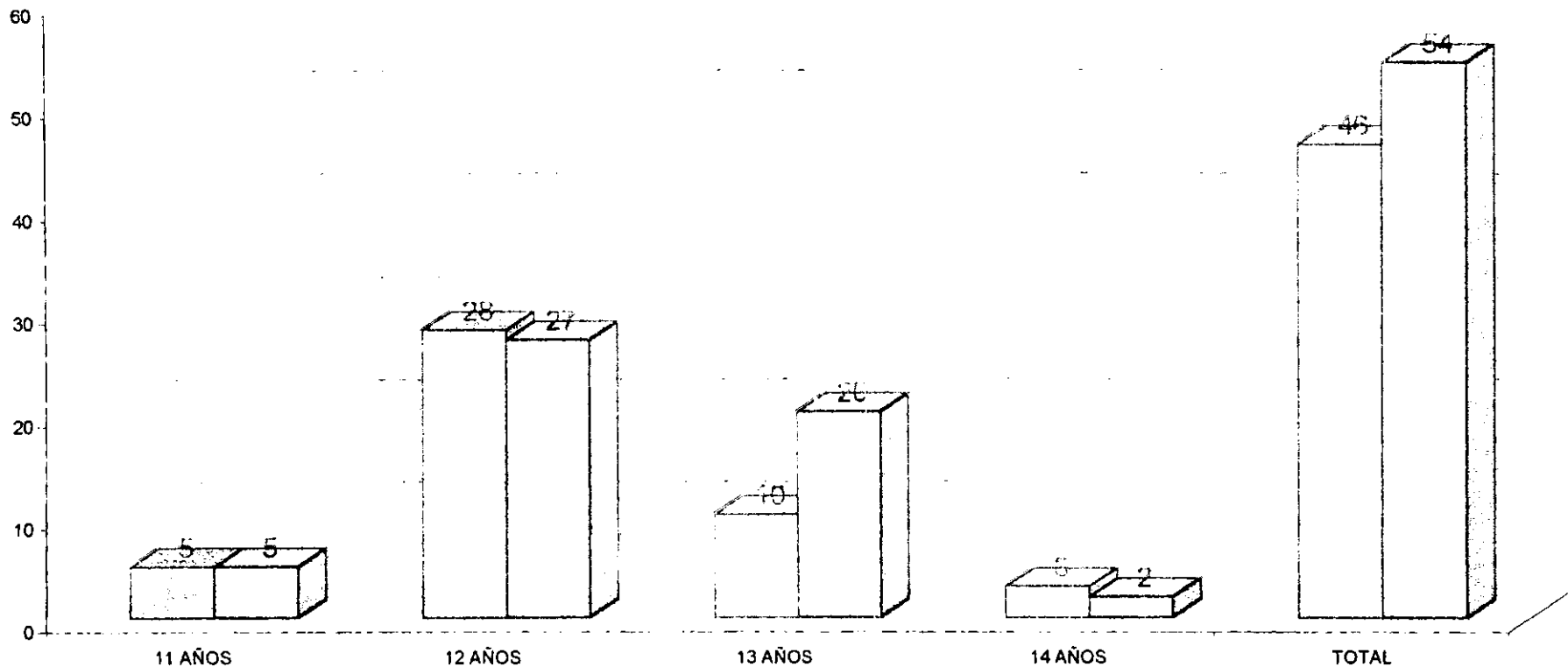
- NIÑAS
- NIÑOS
- TOTAL

□ NIÑAS □ NIÑOS □ TOTAL

GRAFICA 3 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE GINGIVITIS EN POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA No.80
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

□ NIÑAS

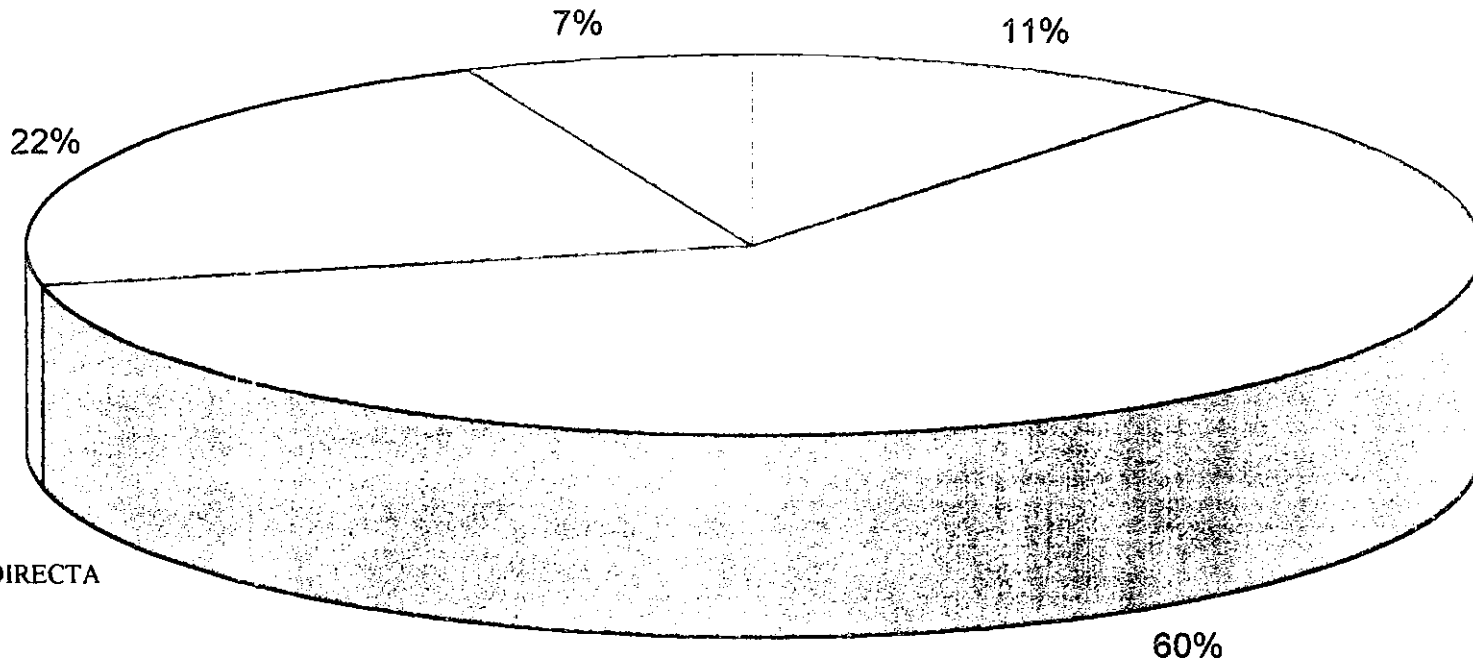
□ NIÑOS



FUENTE DIRECTA

GRAFICA 4 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE GINGIVITIS EN POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA No. 80
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA POR EDAD

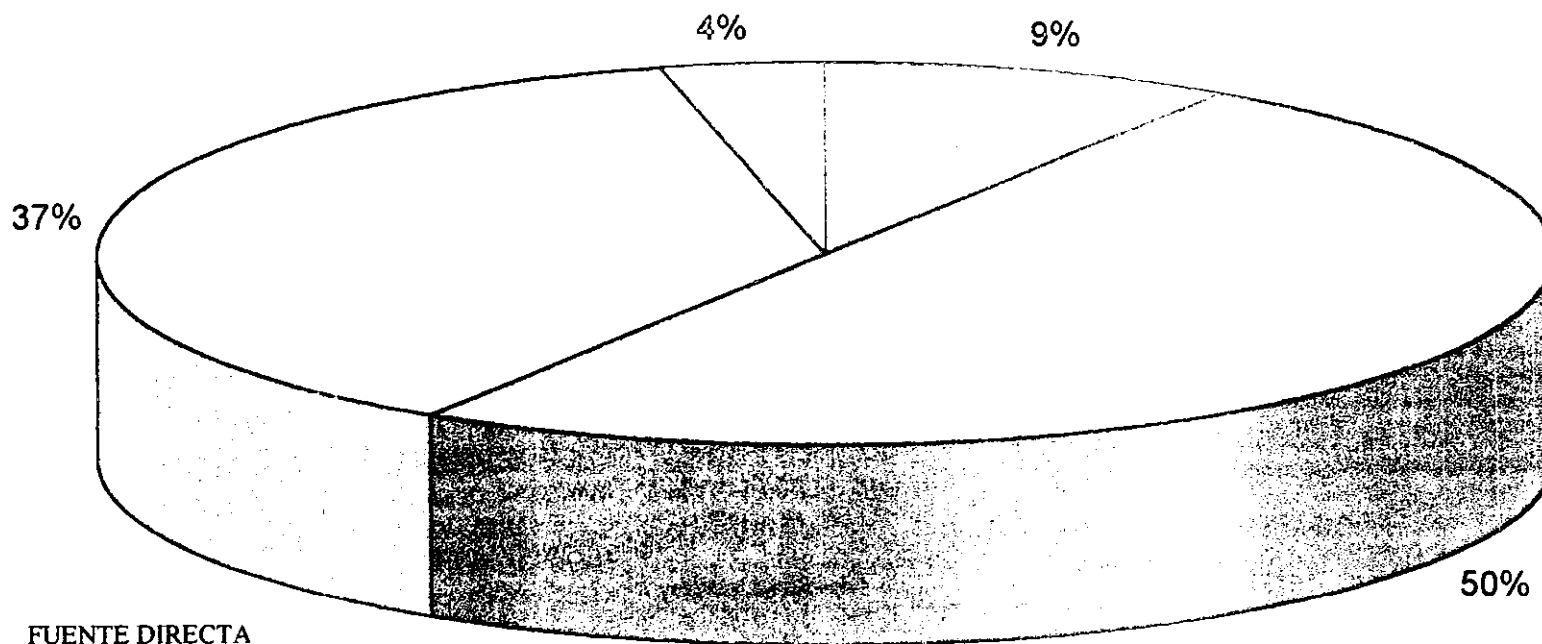
- 11 AÑOS
- 12 AÑOS
- 13 AÑOS
- 14 AÑOS



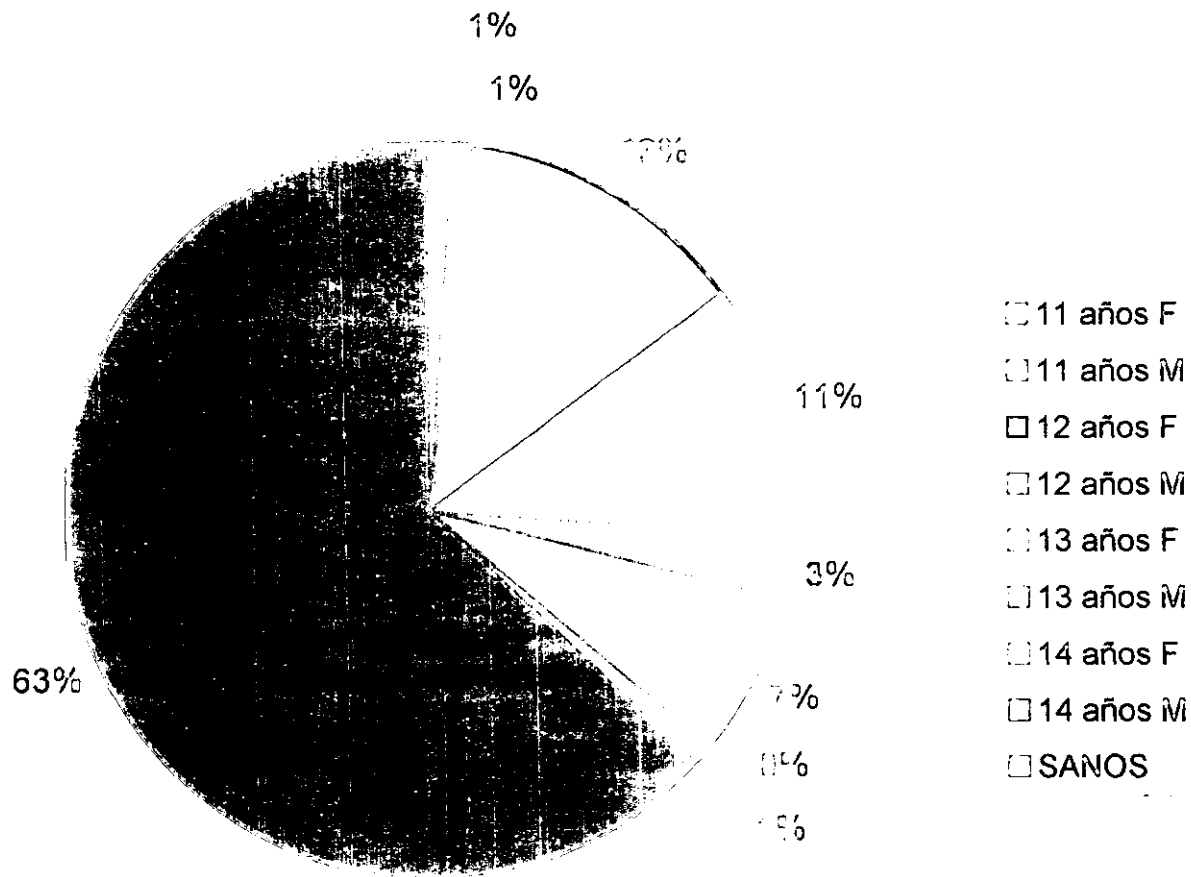
FUENTE DIRECTA

GRAFICA 5 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE GINGIVITIS EN POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA No. 80
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MASCULINA POR EDAD

- 11 AÑOS
- 12 AÑOS
- 13 AÑOS
- 14 AÑOS

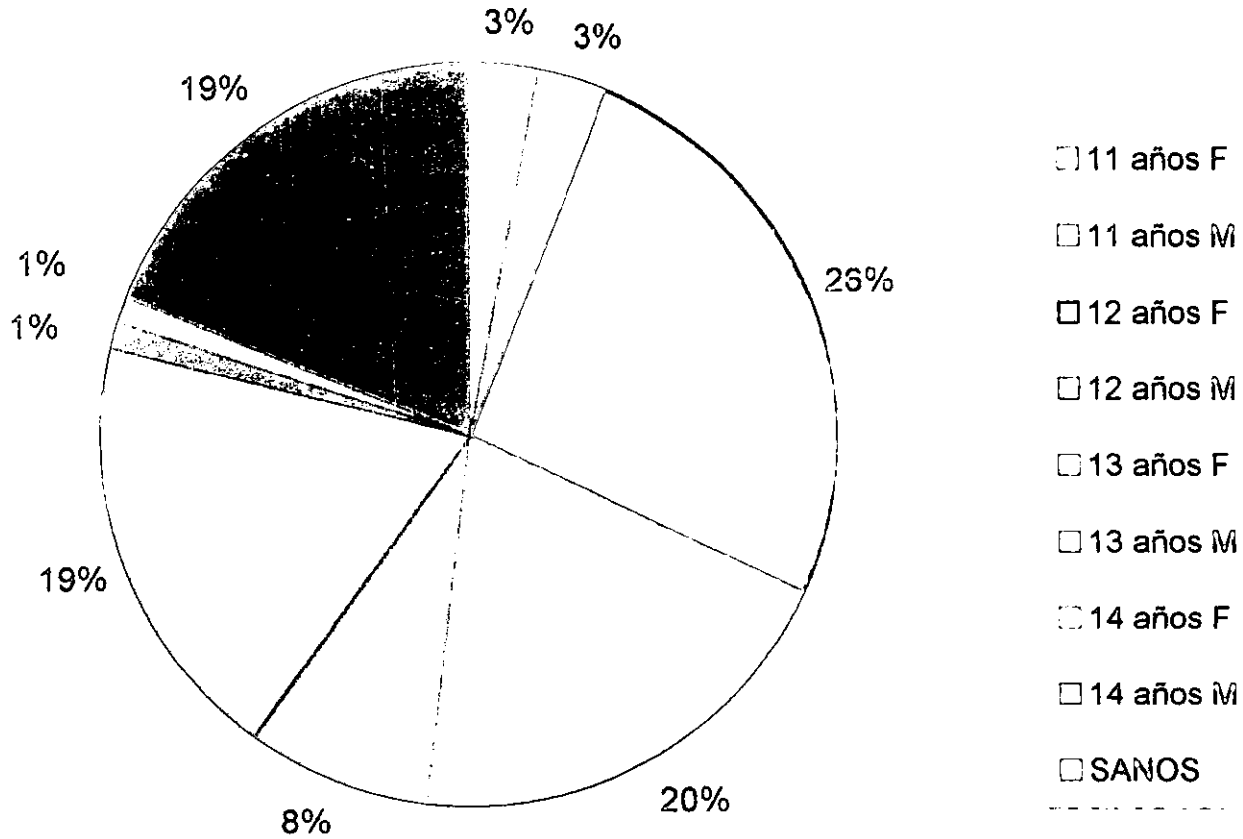


GRAFICA 6 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA No. 80
DISTRIBUCIÓN DEL PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON GINGIVITIS POR EDAD Y SEXO



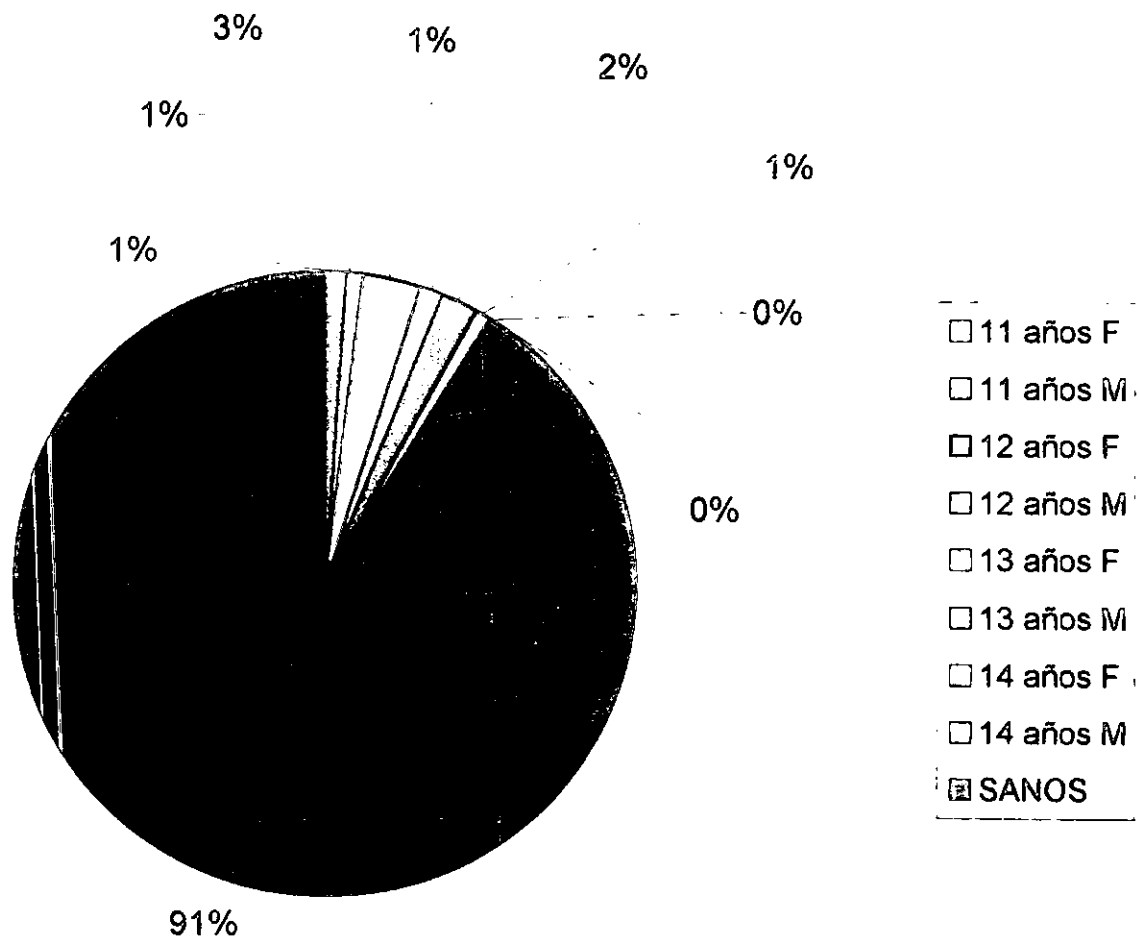
FUENTE DIRECTA

GRAFICA 7 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE: POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA No. 80
DISTRIBUCIÓN POR PORCENTAJE DE NIÑOS CON MALOCCLUSIÓN POR EDAD Y SEXO



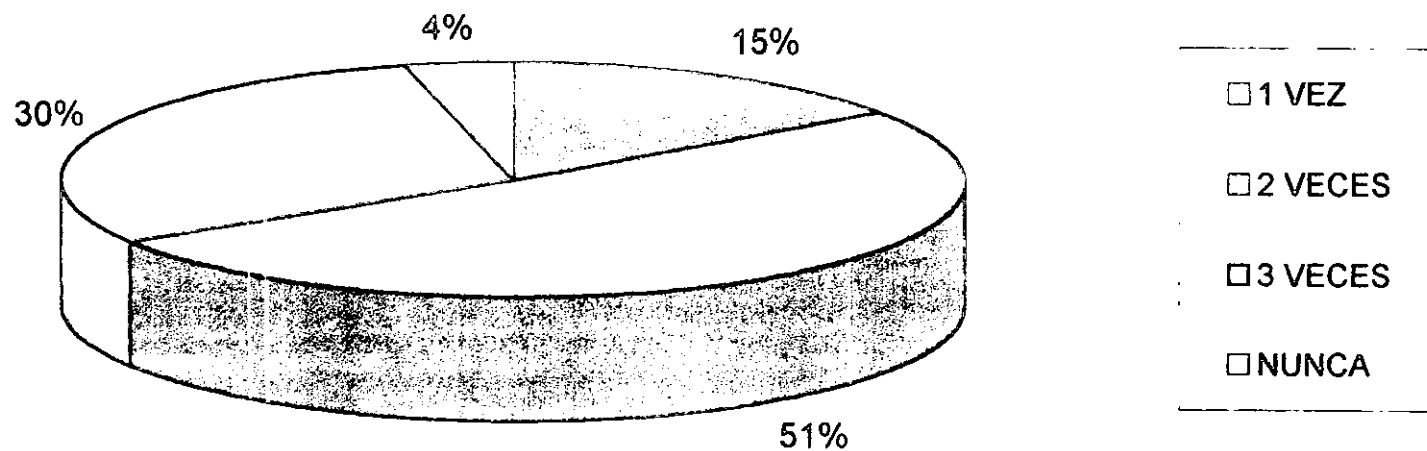
FUENTE DIRECTA

GRAFICA 8 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE GINGIVITIS DE POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA No. 80
DISTRIBUCIÓN POR PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON TRATAMIENTO DE ORTODONCIA POR EDAD Y SEXO



FUENTE DIRECTA

GRAFICA 9 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE GINGIVITIS EN POBLACIÓN ESCOLAR DE LA ESCUELA SECUNDARIA TECNICA No. 80 PORCENTAJE DE FRECUENCIA DE CEPILLADO AL DÍA



FUENTE DIRECTA

8. CONCLUSIONES

Mediante la reciente investigación se pudo comprobar que existe un alto índice de ignorancia sobre la gingivitis y los factores de riesgo, así como de placa dentobacteriana.

Según los resultados obtenidos en las encuestas, así como con la inspección clínica, nos pudimos dar cuenta, que a pesar de la falta de información, no es tan alta la prevalencia de la gingivitis en esta edad, pero no hay que dejar de considerar que va en aumento conforme avanza la edad, y quizá si ahora corresponde a un 37% de la población de la muestra, en algunos años será un 60%.

Observamos que no hay preferencia por sexo, aunque si por edad, siendo los 12 años la que tiene el mayor porcentaje de gingivitis.

Es importante mencionar que tanto la Secretaría de Educación Pública como la Secretaría de Salud, deberían coordinarse, para diseñar e implementar Programas de Educación para la Salud Buco-Dental en el nivel básico y medio, así mismo Instituciones como nuestra Facultad, deberían extender su cobertura de prácticas extramuros a la población escolar, apoyados o coordinados con otras facultades de odontología con el fin de que la población realmente se interese y hacer llegar estos programas a los profesores, capacitándolos para que ellos orienten e informen sobre las enfermedades más comunes, y nó solo se hable de caries.

9. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Addy M; Hunter M. L; Kingdon A; Dummer P. M. H; Shaw W. C; An 8-year of changes in oral hygiene and periodontal health during adolescenc, Inernational Journal Paediatric Dentistry 1994; 4 75-80
- 2- Schluger S, Yuodelis RA, Page RC. Enfermedad Periodontal Estados Unidos, Cia. Editorial Continental, 1984
- 3- Carranza FA, Periodontología clínica de Glickman, Editorial Interamericana 3ª ed.
- 4- Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW, Periodoncia, Estados Unidos, Editorial Interamericana, 1993,
- 5- Kinoshita S. Atlas a color de periodoncia Editorial Espaxs Publicaciones Médicas.
- 6- Asociación Dental Mexicana, Gingivitis en el preescolar P.O.;17 (9): 14-15.
- 7- Stein E. Enfermedad periodontal en niños, P.O.; 18(5): 33-36
- 8- Carranza FA, Periodoncia Editorial Mundi 1ª ed.
- 9- Hurlock EB_ Psicología de la adolescencia. Ediciones Paidos 1987
- 10- Enciclopedia de la Psicología Océano, La adolescencia, tomo 3, pp.11-27, ediciones Océano, España.

11-Zerón A. Toma de desiciones en el tratamiento periodontal; ruta de diagnóstico, ADM, 1997, 18(7): 25-27.

12-Asociación Dental Mexicana, Agrandamiento gingival inducido por fenitoína, P.O.; 19(6): 11-14.

13-García ME: Gingivitis y Periodontitis, ADM; 1999; 57(6): 343-347

10. ANEXO

ENCUESTA PARA ALUMNOS DE 1er. AÑO DE SECUNDARIA

nombre: _____

edad: _____ sexo: _____

1. - ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?
1. - 1 vez
 2. - 2 veces
 3. - 3 veces
 4. - nunca
2. - ¿Con que te lavas los dientes?
1. - solo con agua
 2. - con cepillo de dientes y agua
 3. - con pasta y cepillo
 4. - con enjuagues bucales
3. - ¿Utilizas el hilo dental?
1. - si
 2. - no
 3. - a veces
 4. - no se que es
4. - ¿Cuántas veces cambias de cepillo dental al año?
1. - 6 veces
 2. - 4 veces
 3. - 1 vez
 4. - no uso
5. - ¿Cuándo fue la ultima vez que fuiste al dentista?
1. - hace 6 meses
 2. - hace 1 año
 3. - cuando me duele un diente
 4. - nunca
6. - ¿Tienes derecho a algun servicio dental?
1. - ISSTE
 2. - IMSS (seguro social)
 3. - salubridad
 4. - medico particular
7. - ¿Qué es gingivitis?
1. - cuando los dientes se llenan de caries
 2. - cuando se inflaman las encías
 3. - cuando se caen los dientes
 4. - cuando estan flojos los dientes
8. - ¿Sabes porque se forma la gingivitis?
9. - ¿Te sangran las encías al cepillarte los dientes?
1. - si
 2. - no

10.- ¿Te sangran las encías aunque no te cepilles los dientes?

1. - si

2. - no

11.- ¿Sabes que es la Placa Dento-Bacteriana?

ESTA ZONA NO LA LLENES

1. - Presencia de Placa Dento-Bacteriana 1. - si 2. -no

2. - Presencia de gingivitis 1. - si 2. - no

3. - Características Clínicas

1. - Inflamación

2. - cambio de coloración

3. - sangrado

4. - consistencia

5. - textura

<input type="checkbox"/>

4. - Maloclusión

1. - si 2. - no

5. - Tx Ortodontico

1. - si 2. - no

6. - Enfermedades sistémicas

1. - epilepsia

2. - diabetes

3. - cardiovasculares

4. - tabaquismo

5. - drogadicción
