



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIOPÁEZ

**PREVALENCIA DE LOS DEFECTOS ÓSEOS BUCALES EN LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE ASISTEN A LA
CLÍNICA INTEGRAL IV**

Autor(es):

Gaymar Daiana Fonseca Linárez

C.I. 26.540.069

Nohelvis María Durán Mora

C.I. 17.553.958

Urb. Yuma II, Calle N° 3. Municipio San Diego

Telefono: (0241) 8714240 (Master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE LOS DEFECTOS ÓSEOS BUCALES EN LOS
PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE ASISTEN A LA
CLÍNICA INTEGRAL IV**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
ODONTÓLOGO**

Autor(es):

Gaymar Daiana Fonseca Linárez

C.I. 26.540.069

Noelvis María Durán Mora

C.I. 17.553.958

Tutor de contenido:

Od. Mauren Garcia Noguera

Asesor metodológico:

Prof. Gladys Orozco

San Diego, 24 de julio de 2018

AGRADECIMIENTOS

Gaymar Fonseca

A un ser maravilloso Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mi padre, Martín Fonseca, quien me brindó su infinito amor, sus cuidados, quien me vio crecer; el hombre cuya tenacidad y ganas de ser mejor cada día, fortalecieron en mí, el profundo deseo de convertirme en una excelente profesional; y que me cuida siempre, me envía su bendición y celebra conmigo este logro.

A mi madre, Gabriela Linárez que con su afecto, seguridad y decisión me demostró que todo sacrificio tiene su recompensa, y que el camino hacia la meta necesita de esfuerzo y coraje para superar cualquier obstáculo que se presente. Gracias por enseñarme que, ante cualquier derrota, la fortaleza para seguir adelante se hace mayor cuando se cuenta con seres amados.

A mi hermana, Gailenis Fonseca por brindarme siempre su cariño y su apoyo, por ser mi mejor amiga, mi confidente y mí ejemplo a seguir.

A mis abuelitos, Pastor y Carmen por estar siempre a mi lado apoyándome, aconsejándome, por todos los cuidados y el amor que me brindaron desde pequeña.

AGRADECIMIENTOS

Noelvis Durán

De igual manera mis infinitos agradecimientos a una mujer ejemplar digna de admirar que con sus consejos de sabiduría se ha convertido en una segunda madre para mí, ha sido mi guía en este camino a ella le debo lo que hoy soy una profesional, mil gracias por tus alientos y tu infinito apoyo Morela Mercedes Castellano.

A mi esposo Subhi Abdeljabar Catellano quien ha sido mi bastón, acompañándome en cada momento hasta el fin del camino y el logro de esta meta, mi eterno amor, mi amigo incondicional gracias por tu apoyo.

A mis hermanos Deima Duran y Dilverio Duran por todo su amor brindado sin ningún tipo de interés por haberme enseñado y educado que la familia siempre es la esencia de todo; a ellos les debo lo que soy. Los amo siempre estarán en mi corazón.

A todos los docentes que formaron parte de nuestra educación en especial a la profesora Mauren García tutora de nuestro trabajo de grado que con su paciencia nos fueron guiando aportándonos conocimientos teóricos y prácticos obtenidos en sus experiencias de vidas gracias profesores siempre se les recordará.

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO		pp.
		pp.
RESUMEN INFORMATIVO		VI
INTRODUCCIÓN.....		7
CAPÍTULO		
I	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
	1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
	1.2. OBJETIVOS	12
	1.3. JUSTIFICACIÓN	12
II	MARCO TEÓRICO	14
	2.1. ANTECEDENTES	14
	2.2. BASES TEÓRICAS	21
	2.4. BASES LEGALES	32
	2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	36
III	MARCO METODOLÓGICO	37
IV	ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	41
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS.....		50
ANEXOS		54
A.	Sistema de Variables	54
LISTA DE OBSERVACIÓN		55



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



PREVALENCIA DE LOS DEFECTOS ÓSEOS EN LOS PACIENTES PERIODONTALES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA INTEGRAL IV DE ADULTO DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

Autoras: Gaymar Fonseca y Noevis Duran

Tutor(a): Od. Mauren García Noguera

Fecha: 25 de Julio del 2018

RESUMEN INFORMATIVO

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al aparato de soporte de los dientes de causa infecciosa que ha afectado a la población mundial. La respuesta inflamatoria induce la destrucción del ligamento periodontal y del hueso circundante, produciendo la formación de bolsas periodontales alrededor de las raíces. Habitualmente, el avance de la periodontitis produce la aparición de los patrones de destrucción ósea entre los más comunes la pérdida ósea horizontal o vertical, lo cual podría desencadenar movilidad dentaria y el en peor de los casos pérdida del diente. Este trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar la prevalencia de los defectos óseos bucales en los pacientes periodontales que asisten a la clínica integral IV de adulto Universidad José Antonio Páez. El diseño de la investigación es no experimental y de campo, de tipo cuantitativa enmarcada en una modalidad descriptiva y no experimental, la obtención de datos primarios son provenientes de las historias de la Clínica Integral IV de la Universidad José Antonio Páez, entre los resultados se tiene que se seleccionaron 39 historias clínicas, donde al evaluar el tipo de defecto óseo se mostró un total de 70% de pérdida ósea horizontal mientras que pérdida ósea vertical un 20%, por otro lado, los cráteres óseos y lesiones de furcación 5% de los casos estudiados. En las conclusiones se determinó que existe una alta prevalencia de los defectos óseos bucales por enfermedad periodontal y además se encontró que se observan afectados los hombres en un 59% y las mujeres en un 41% de los casos estudiados.

Descriptor: Enfermedad periodontal, defectos óseos, pacientes periodontales

INTRODUCCION

La enfermedad periodontal comúnmente abarca numerosos signos y síntomas, motivo por el cual existe diversos métodos de diagnósticos para evaluar la condición y severidad de esta. El indicador más importante para evaluar la severidad con que se presenta la enfermedad periodontal está basado en la reabsorción de hueso alveolar por ser este el tejido periodontal con evolución más lenta y por ser en última instancia el más afectado.

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al aparato de soporte de los dientes, de causa infecciosa que afecta a la población mundial. Está provocada por bacterias dentro de la placa dental que inducen una respuesta inflamatoria de los tejidos periodontales. En individuos susceptibles esta inflamación crónica inducirá a la destrucción del ligamento periodontal y del hueso circundante, produciendo la formación de bolsas periodontales alrededor de las raíces.

Habitualmente, el avance de la periodontitis produce la aparición de los patrones de destrucción ósea que son la pérdida ósea horizontal o vertical, o más comúnmente la combinación de ambos: el patrón de destrucción ósea horizontal se produce de forma lenta, reduciéndose en altura el hueso y la cresta ósea alveolar, que está prácticamente perpendicular a la superficie del diente. En el patrón vertical suele ser más rápida la destrucción y suele afectar en una dirección oblicua, dejando cavidades en el hueso a lo largo de la raíz del diente, llamándose defecto infraóseo.

Aproximadamente el 95% de la población mundial tiene enfermedad periodontal, lo que la cataloga dentro de las afecciones más comunes. Las enfermedades periodontales afectan de una manera grave a un 15%-20% de los adultos de mediana edad de entre 35-44 años, según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) **buscar fecha y colocar en las referencias**, lo cual podría desencadenar movilidad dentaria y el en peor de los casos pérdida del diente. Con la presente investigación se pretende evaluar la prevalencia de defectos óseos en pacientes con enfermedad periodontal, para poder así concientizar a la población sobre la gravedad de esta patología.

Este trabajo se desarrollara en 5 capítulos, donde n el capítulo I se explicara el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de esta investigación, en el capítulo II se describirán los antecedentes de esta investigación, las bases teóricas, las bases legales y definiciones de términos, del mismo modo en el capítulo III, se explicara el diseño y tipo de la investigación, el nivel de la investigación, la población y muestra; y las técnicas e Instrumentos de recolección de da en el capítulo IV análisis e interpretación de los resultados y por último el capítulo V es cual refleja las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.

Desde tiempos antiguos se ha dado la presencia de enfermedad en la encía. Ya sea por hábitos de higiene o alimenticios. Se ha conocido la enfermedad periodontal como una de las alteraciones más comunes de la boca. Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a las periodontopatías desde épocas prehistóricas. Existen hallazgos de cráneos del hombre de la prehistoria con evidencia de periodontitis.

Anteriormente, la enfermedad periodontal era conocida popularmente como piorrea, un término que denotaba la presencia de exudado purulento, sacos periodontales y pérdida ósea. Así, la pérdida dental se consideraba como parte del proceso de envejecimiento. El término enfermedad periodontal ha tenido diferentes significados y se emplea de manera bastante ambigua.

Actualmente está aceptado que la enfermedad periodontal es, en lo que respecta a su etiopatogenia, una enfermedad multifactorial causada por microorganismos, lo que hace considerarla como de tipo infectocontagioso. La destrucción de los tejidos periodontales, va a depender tanto de las bacterias patológicas de la placa bacteriana y de sus productos, como de la respuesta defensiva del huésped. Caballero J. (2003).

Según Rodrigo G. (2003) La enfermedad periodontal se puede definir como una inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, usualmente los cambios destructivos progresan a la pérdida del ligamento periodontal y del hueso alveolar. Es una infección con severas formas asociadas a bacterias específicas que colonizan el área subgingival a pesar de los mecanismos protectores del hospedero.

Dentro de los mismos, la periodontitis agresiva según Alani y cols. (2011) se establece como aquellas enfermedades periodontales que causan gran pérdida de inserción en un corto periodo de tiempo y afectan a pacientes jóvenes, sin relación evidente con otras enfermedades sistémicas. Se distinguen formas localizadas, en las

que paradójicamente suele existir un nivel de inflamación gingival bajo y que afectan a primeros molares e incisivos.

Por otro lado, a diferencia de las enfermedades periodontales crónicas, esta alterna periodos de activación con periodos silentes, y existe un marcado componente genético. Como sucede en gran parte de los problemas que afectan a la cavidad oral, el tabaquismo y una higiene oral deficiente son dos de los principales factores de riesgo, tanto en la génesis como en el desarrollo de la enfermedad. Martínez J. (2013).

Cabe mencionar que Newman (2010) describe que cualquier cosa que facilite o evite la eliminación de la placa dentobacteriana por medio de la higiene bucal, es nocivo para la salud del paciente. Otros agentes causantes de la retención de placa, son los márgenes subgingivales y desbordantes de las restauraciones, las lesiones cariosas subgingivales, las furcaciones expuestas, los dientes apiñados y los surcos o concavidades radiculares.

Así mismo, Roshna y cols. (2012). Refieren que la mayoría de los pacientes con enfermedad periodontal acuden frecuentemente por aparición repentina de sangrado en las encías o supuración, e incluso por motivos de halitosis. La ausencia de inflamación gingival en los periodos silentes hace que en estos casos sea un hallazgo; se encuentran sondajes muy profundos que contrastan con el aspecto sano de los tejidos y con la ausencia de enfermedades asociadas.

Dado que el resultado final de la enfermedad es la pérdida de las estructuras periodontales y consiguientemente de los dientes. Clínicamente se manifiesta con alteraciones de la forma, consistencia y color de la encía, formación de bolsas, sangrado, pérdida clínica de inserción, movilidad dentaria, pérdida y destrucción del hueso alveolar.

Por lo que se puede decir que es una enfermedad de progresión cíclica caracterizada por inflamación de la encía causada por la colonización bacteriana de superficies dentarias adyacentes que, extendida a tejidos periodontales más profundos, resulta en la destrucción de la inserción del tejido conectivo al cemento, formación de sacos, destrucción del hueso alveolar, movilidad de los dientes y exfoliación de los mismos.

De este modo, se destaca que la pérdida y destrucción de soporte óseo alveolar es uno de los signos característicos de destrucción de la enfermedad periodontal considerada generalmente para representar las secuelas anatómicas de la extensión apical de la periodontitis. La extensión y la severidad de la pérdida de hueso alveolar esta usualmente determinada por una combinación de signos clínicos y radiológicos, cuya importancia radica en el diagnóstico clínico, planificación de tratamiento y estimación de un pronóstico. López R. (2000).

Por lo tanto, la presencia de lesiones óseas periodontales consideradas como los defectos óseos, clínicamente puede asociarse a la pérdida de hueso de soporte del diente o a la destrucción periodontal en zonas específicas y a la posible aparición de bolsas profundas o lesiones de furca asociadas a lesiones óseas que pueden representar factores de riesgo en sitios específicos o ser indicadores de la progresión de la enfermedad.

La formación de lesiones óseas periodontales se produce como resultado de la migración apical de la placa subgingival con la consiguiente destrucción del hueso alveolar alrededor de la raíz de al menos dos milímetros. Existen varias clasificaciones de los defectos óseos que se basan en criterios específicamente morfológicos. Una de las clasificaciones más utilizadas es la de Papapanou y Tonetti que divide los defectos óseos en defectos supraóseos, defectos infraóseos y defectos de furcación o interradiculares.

Entre las lesiones periodontales tenemos que la reabsorción ósea horizontal es el patrón más frecuente del defecto óseo en la enfermedad periodontal. El hueso aparece con altura reducida, pero su margen permanece casi perpendicular a la superficie dentaria. De igual manera los defectos angulares o verticales son los que suceden en dirección oblicua, para dejar en el hueso un surco socavado a lo largo de la raíz. La base del defecto se encuentra en sentido apical al hueso vecino.

Actualmente, existe una alta preocupación por el avance de las lesiones óseas, como la destrucción del hueso alveolar, pues constituyen el elemento transcendental de la enfermedad periodontal y con ellos la causa fundamental de la pérdida de dientes como una de las consecuencias. Por lo tanto, es importante realizar la investigación

que permitirá un mayor conocimiento y comprensión de dicho tema a profundidad por parte de los pacientes, estudiantes y profesionales de la salud, para aplicarlo en el ejercicio de la carrera de odontología, la cual a futuro se perfila podría tener tanto impacto que, si no se interviene a tiempo o se da a conocer la gravedad de la enfermedad puede ocasionar una mayor prevalencia de casos de defectos óseos causados por la enfermedad periodontal.

1.1.1. Formulación del problema:

¿Cuál será la prevalencia de los defectos óseos en los pacientes periodontales que asisten a la Clínica Integral IV de adulto de la Universidad José Antonio Páez?

1.2 Objetivos de la Investigación.

1.2.1. Objetivo General:

Determinar la prevalencia de los defectos óseos bucales en los pacientes con enfermedad periodontal que asisten a la Clínica Integral IV de adulto Universidad José Antonio Páez

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Establecer que son los defectos óseos bucales en pacientes con enfermedad periodontal.
- Describir el tipo de defecto óseo bucal más frecuente en los pacientes con enfermedad periodontal que acuden a la clínica integral de la universidad José Antonio Páez.
- Medir la prevalencia de los defectos óseos bucales en los pacientes con enfermedad periodontal que asisten a la clínica integral IV de adulto Universidad José Antonio Páez.

1.3 Justificación.

En los últimos años los pacientes que asisten a la universidad José Antonio Páez, presentan en su mayoría como problema principal padecer de enfermedad periodontal,

la cual es una enfermedad multifactorial caracterizada por la inflamación y destrucción de los tejidos de soporte de los dientes en donde la pérdida y destrucción ósea es una secuela de la enfermedad periodontal y es considerada como una de las características principales de dicha enfermedad la cual es causada por la profundización patológica del surco gingival causado por diversos factores.

Con todo lo anteriormente descrito este trabajo se puede justificar debido a que la misma toma en cuenta que la alta incidencia de estos casos en la universidad José Antonio Páez crea una gran inquietud para poder determinar la prevalencia de defectos óseos de estos pacientes periodontales. De esta manera, se dará a conocer todas las consecuencias que trae la enfermedad periodontal sobre la integridad ósea de su cavidad bucal.

El propósito de esta investigación fue determinar la prevalencia de los defectos óseos en los pacientes periodontales que asisten a la clínica integral IV de adulto de la Universidad José Antonio Páez. La realización de esta investigación permitió brindar información, un mayor conocimiento y comprensión del tema por parte de los estudiantes y profesionales, y todas aquellas personas que sientan inquietud e interés sobre el tema, lo cual servirá de apoyo a otras investigaciones y contribuirá significativamente al quehacer investigativo, dinamizándolo y motivando a los estudiantes y profesionales a gestionar el conocimiento en torno a esta patología tan frecuente, que es causa de numerosas pérdidas dentarias en la población por falta de información y de tratamiento adecuado a tiempo.

Odontología Clínica

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico se puede entender como la correlación de teorías, categorías, conceptos que despliegan una vinculación con el problema planteado en la investigación, donde se relacionan de manera ordenada todos los contenidos pertinentes con el estudio. En este orden de ideas, Sabino (2007) señala: “El marco teórico o marco referencial tiene el propósito de dar a la investigación un sistema coordinado y coherentes de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema”

2.1. Antecedentes de la investigación.

Según Fidiás Arias (2004) “Los antecedentes reflejan los avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones

En el contexto internacional, De rosa L. Y Dueñas C. (2017), realizan una investigación titulada “Prevalencia y distribución de defectos óseos en un grupo de potenciales pacientes ortodónticos no tratados utilizando tomografías computarizadas Cone Beam” En la Universidad San Francisco de Quito, Ecuador. En la cual explica que el diagnóstico ortodóntico requiere un examen minucioso de los tejidos de soporte periodontal; alteraciones como dehiscencias, fenestaciones y otros defectos óseos deberían ser incluidos tanto dentro del diagnóstico como dentro del plan de tratamiento.

El principal propósito de este estudio fue investigar la prevalencia y distribución de defectos óseos en un grupo de potenciales pacientes ortodónticos no tratados, utilizando tomografías computarizadas Cone Beam (TCCB), con el objetivo de evaluar su posible incorporación a los estudios diagnósticos básicos previos al tratamiento ortodóntico.

El material y método usado fue que analizaron 33 TCCB y un total de 792 dientes en busca de dehiscencias y fenestaciones y posteriormente se midió el grosor del hueso alveolar vestibular y palatino o lingual en el tercio medio radicular de 528 dientes. Los

datos obtenidos fueron utilizados para realizar un análisis estadístico descriptivo e inferencial que arrojó los siguientes resultados: un 36% de la muestra presentó algún tipo de defecto óseo; las dehiscencias fueron más comunes en la arcada inferior, mientras que las fenestaciones lo fueron en la superior; la cortical más gruesa se encontró en la superficie lingual de molares inferiores y la más delgada en la superficie vestibular de caninos inferiores.

En sus conclusiones muestran que los cortes axiales y sagitales de las TCCB permiten observar un panorama general del grosor del hueso alveolar vestibular y lingual y permitieron identificar que los defectos óseos corresponden a un hallazgo común en potenciales pacientes ortodóncicos no tratados.

Las TCCB poseen el potencial de reemplazar las radiografías convencionales y permitir realizar un diagnóstico más completo que permita a su vez tomar decisiones terapéuticas acertadas en base a la arquitectura ósea de cada paciente.

Este trabajo se relaciona con esta investigación ya que en ambas investigaciones se describe la importancia de determinar la presencia de los defectos óseos en los pacientes que llegan a la clínica odontológica, ya que estos son consecuencia posterior a la enfermedad periodontal donde esta afecta al tejido de soporte de los dientes, produciendo dichos defectos. Dado que el resultado final de la enfermedad es la pérdida de las estructuras periodontales y consiguientemente de los dientes, la meta es detectar a tiempo con exámenes radiográficos, la presencia de estos defectos óseos, además destacar lo importante de realizar un diagnóstico adecuado en nuestra población y conocer las afectaciones más frecuentes, de tal manera que se puedan establecer protocolos y medidas de prevención para dichas enfermedades.

Por lo tanto, se requiere un examen minucioso de los tejidos de soporte periodontal; alteraciones como dehiscencias, fenestaciones y otros defectos óseos deberían ser incluidos tanto dentro del diagnóstico y posterior al plan de tratamiento de los pacientes. En la investigación se implementa una metodología similar a esta investigación en cuanto a la distribución de los defectos óseos y explica donde es más

presente en el momento de afectar la enfermedad periodontal y posterior presencia de defectos óseos.

De igual manera, es importante destacar el trabajo de grado de Yaguana B y José M. (2017), quienes realizan una investigación titulada “Prevalencia de pérdida ósea en pacientes con enfermedad periodontal de la clínica de periodoncia UCSG” Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Odontóloga en Guayaquil, Ecuador. En la cual describen que la enfermedad periodontal es producida por la acción de ciertas bacterias de la biopelícula dental, que estimula la reacción inmune del huésped y puede provocar una destrucción progresiva del periodonto. Sin un control y manejo adecuado podría llegar a la pérdida dental.

Su objetivo principal es determinar la prevalencia de pérdida ósea por medios radiográficos en pacientes con gingivitis y periodontitis de la clínica de periodoncia de la UCSG. Los Materiales y métodos usados fueron el estudio observacional realizado en 410 historias clínicas de la clínica odontológica UCSG. Se observaron las series radiográficas periapicales evaluando la pérdida ósea, su severidad y su orientación.

Entre los resultados se observa que fueron analizados 69 historias clínicas, 36 hombres y 33 mujeres. El 96% presentó periodontitis crónica y el 4% agresiva. Un 90% con pérdida ósea horizontal y 10% vertical. La severidad de la pérdida ósea fue de un 62% leve, 26% moderada y 11% severa. La pérdida ósea horizontal correspondió al 50,1% en hombres y 49,9% mujeres y en la pérdida ósea vertical 67% en mujeres y un 33% hombres.

La pérdida ósea horizontal refleja un 17% en edades de 30-39 años, 38% en 40-49 años, 26% en 50-59 y el 19% de 60 años o más. En la pérdida ósea vertical es de 8% en edades 30-39 años, 43% de 40-49 años, 28% en 50-59 y un 20% de 60 años a más. Sus conclusiones explican que la periodontitis crónica mostró más prevalencia junto con la pérdida ósea horizontal. La pérdida ósea horizontal afectó más a hombres y la pérdida ósea vertical más a mujeres.

El trabajo anteriormente descrito se relaciona con esta investigación ya que se describe la enfermedad periodontal como la causante de la aparición de pérdida ósea la

cual es un defecto óseo periodontal, ambas investigaciones coinciden en que la enfermedad periodontal es producida por la acción de ciertas bacterias de la biopelícula dental, que estimula la reacción inmune del huésped y puede provocar una destrucción progresiva del periodonto, manifestándose como un proceso infeccioso e inflamatorio a nivel de las encías y trayendo consecuencia a todo el periodonto.

Del mismo modo, se implementa la misma metodología en la investigación y se asemejan ya que se realiza la distribución por edad y sexo y donde es más presente en el momento de afectar la enfermedad periodontal y posterior presencia de defectos óseos como lo es la pérdida ósea. Destaca igualmente que la enfermedad periodontal es considerada uno de los principales problemas de salud pública, ya sea por la falta de recursos por parte del paciente o por una inadecuada higiene oral.

De igual manera, establecen el conocer los principales factores de riesgo de la enfermedad periodontal y destaca de igual manera la prevalencia de pérdida ósea principalmente en los pacientes con enfermedad periodontal, además de prevenir las consecuencias de la enfermedad periodontal en la población sana con el fin de evitar cambios en el color de las encías, encías inflamadas, recesión gingival o daño del soporte óseo.

Por otro lado, Camacho M. (2017), realiza un trabajo titulado “Prevalencia de movilidad dentaria en pacientes con enfermedad periodontal de la UCSG semestre B-2016” Trabajo de titulación previo a la obtención del título de odontólogo en Guayaquil, Ecuador. Dicho trabajo explica que las enfermedades periodontales son un grupo de cuadros clínicos de origen inflamatorio que afectan a las estructuras de soporte y protección del diente y se clasifican en: gingivitis y periodontitis. Dado que los dientes no están en directo contacto con el hueso alveolar, estos presentan una movilidad fisiológica debido a la presencia del ligamento periodontal. La movilidad dental patológica puede ser el resultado de enfermedad periodontal y trauma oclusal.

Su objetivo general fue analizar la prevalencia de movilidad dental en pacientes con enfermedad periodontal atendidos en la clínica de Periodoncia de la UCSG, semestre B-2016. los objetivos específicos son determinar la prevalencia en cuanto a severidad de la enfermedad periodontal, mostrar la prevalencia de los grados de

movilidad dental, descubrir el número de dientes afectados por movilidad dental, registrar cual es la relación entre el tipo de pérdida ósea y el grado de movilidad dental, mencionar el grado mayor de movilidad presente en los pacientes estudiados, y detallar la edad y el género con más casos de movilidad dental en los pacientes del grupo de estudio.

Los materiales y métodos usados se revisaron 250 pacientes con enfermedad periodontal con edades entre 16-76 años donde 66 pacientes presentaron movilidad dental, midiendo los grados de movilidad dental de cada diente con dos instrumentos metálicos con punta roma usando la técnica descrita por Lindhe (sin fecha). Dentro de los resultados se presenta que el tipo de enfermedad periodontal prevalente es la periodontitis crónica 68.1%. La prevalencia de la enfermedad periodontal en cuanto a severidad corresponde al 36.3% en periodontitis crónica severa.

La prevalencia de la movilidad dental fue de 51% con grado I de movilidad. En el grupo de estudio se encontró 618 dientes afectados por movilidad dental. El grado mayor encontrado de movilidad fue el grado III (8%). Se relacionó el tipo de pérdida ósea (leve, moderada, severa) con el grado I, II y III de movilidad dental, formando tres grupos: Pérdida ósea leve 98.5% relacionada con 93.3% movilidad grado I, Pérdida ósea Moderada 84.5 se relaciona con 75.8% de movilidad grado II, y la pérdida ósea severa con 62.1% no tiene relación con el 15.1% de la movilidad grado III. El género con más casos de movilidad dental fue el masculino con 84 casos y el grupo etario de 37 a 56 años presentó mayor movilidad dental dentro de los pacientes del grupo de estudio.

En la conclusión se identificó que la periodontitis crónica severa prevalece en cuanto a severidad de la enfermedad periodontal en este estudio. Se encontró que el grado I de movilidad dental es el prevalente dentro de los pacientes del grupo de estudio. Se encontró 618 dientes afectados por movilidad. Se encontró relación entre la pérdida ósea leve y el grado I de movilidad dental y también entre la pérdida ósea moderada y el grado II de movilidad dental; pero no hubo relación entre la pérdida ósea severa y la movilidad dental grado III. El grado mayor de movilidad encontrado fue el grado III. Encontramos más casos de movilidad dental en el género masculino y de los

pacientes estudiados encontramos entre los 37 a 56 años de edad más casos de movilidad dental.

El trabajo de Camacho se relaciona con esta investigación ya que se describe la enfermedad periodontal como la causante de la aparición de movilidad dental y la relaciona con la pérdida ósea la cual es uno de los defectos óseos más descrito en esta investigación, también busca determinar la prevalencia de defectos óseos como lo es en este caso la movilidad dental en pacientes con enfermedad periodontal, ambas investigaciones coinciden en que las enfermedades periodontales son un grupo de cuadros clínicos de origen inflamatorio que afectan a las estructuras de soporte y protección del diente, manifestándose como un proceso infeccioso e inflamatorio a nivel de las encías y como consecuencia a todo el periodonto.

Igualmente destacan la importancia conocer de los principales factores de riesgo de la enfermedad periodontal, así como las consecuencias que puede ocasionar en la población sana con el fin de evitar daño del soporte óseo y movilidad dental. Es importante realizar un diagnóstico adecuado en nuestra población y conocer las afectaciones más frecuentes, de tal manera que se puedan establecer protocolos y medidas de prevención para dichas enfermedades.

Se implementa la misma metodología en la investigación y se asemejan ya que se realiza la distribución por la edad y el género con más casos de movilidad dental en los pacientes del grupo de estudio, de igual manera registrar cual es la relación entre el tipo de pérdida ósea y el grado de movilidad dental, mencionar el grado mayor de movilidad presente en los pacientes estudiados.

Siguiendo el mismo contexto internacional, se cita a Salazar M. (2016). Trabajo de Graduación previo a la Obtención del Título de odontólogo en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil Ecuador el cual se titula “Prevalencia de la enfermedad periodontal de acuerdo a la extensión y severidad en pacientes adultos de la Clínica UCSG” en el cual su objetivo general es determinar la prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, que son tratados en la clínica Odontológica de la UCSG.

Donde expuso que esta enfermedad es un problema que está afectando a gran parte de la población adulta; y está relacionada con varios factores de riesgos, por lo que es muy importante saber cuál es su prevalencia de acuerdo a su severidad y de acuerdo a su extensión. Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en adultos de 18 a 65 años de la Clínica Odontológica UCSG donde se observaron enfermedades periodontales, y se diagnosticaron de acuerdo a su extensión y severidad, dependiendo de la edad y en el género. La periodontitis que tuvo más prevalencia de acuerdo a su severidad es la periodontitis crónica moderada con (29) pacientes que representan el 55,77%, la periodontitis que tuvo más prevalencia en cuanto a su extensión ocasionando defectos óseos periodontales es la periodontitis crónica generalizada con (26) pacientes equivalentes al 50%.

Se obtuvo como conclusión que la enfermedad periodontal es una enfermedad multifactorial, de origen infeccioso-inflamatorio, su etiología es difusa y es la causante de la aparición de defectos óseos periodontales, según estudios realizados. Existe una alta prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con un rango de edad de 18-29 años, el cual aumento el riesgo de enfermedad periodontal crónica en pacientes con rangos de edad entre 54-65.

El trabajo de Salazar se relaciona con esta investigación ya que se describe la enfermedad periodontal como la causante de la aparición de los defectos óseos periodontales de acuerdo a la extensión y severidad en pacientes adultos, ambas investigaciones coinciden en que la enfermedad periodontal comprenden un conjunto de alteraciones tanto del pH salival, de placa bacteriana y microorganismos que afectan a cualquier órgano del periodonto, manifestándose como un proceso infeccioso e inflamatorio a nivel de las encías y como consecuencia a todo el periodonto.

Por esta razón es de suma importancia conocer los principales factores de riesgo de la enfermedad periodontal, así como las consecuencias que puede ocasionar en la población sana con el fin de evitar cambios en el color de las encías, encías inflamadas, recesión gingival o daño del soporte óseo.

Por lo ya expuesto y debido a que la enfermedad periodontal es considerada uno de los principales problemas de salud pública, ya sea por la falta de recursos por

parte del paciente o por una inadecuada higiene oral, es importante realizar un diagnóstico adecuado en nuestra población y conocer las afectaciones más frecuentes, de tal manera que se puedan establecer protocolos y medidas de prevención para dichas enfermedades.

2.2. Bases teóricas.

Bavaresco (2006). Establece que las bases teóricas o referencias bibliográfica corresponde a la fase de apoyo en la investigación o estudio, ya que aportan las teorías necesarias donde se sustente el tema tratado.

Por otro lado, la enfermedad periodontal se puede definir como un grupo de estados inflamatorios de los tejidos de soporte dentario, dicha enfermedad se considera como la expresión más frecuente usada para agrupar un número de patologías periodontales las cuales pueden tener muchas etiologías como son las infecciones virales y bacterianas, lesiones traumáticas, síndromes congénitos, afecciones autoinmunes entre otras. Lenknes (1997).

Del mismo modo se considera como una enfermedad compleja multifactorial y su expresión involucra la interacción entre el biofilm y la respuesta inmuno inflamatoria del hospedero Dutzan, (2011). Su signo patognomónico es la presencia de sacos periodontales y la pérdida de inserción Mombelli A, (2005). En el grupo de periodontitis existen varias condiciones, dentro las cuales están la periodontitis crónica y la periodontitis agresiva Armitage GC, (2004).

La periodontitis se clasifica en periodontitis agresiva y periodontitis crónica; la periodontitis agresiva se caracteriza por presentarse en pacientes sistémicamente sanos con una rápida pérdida de inserción y destrucción del tejido óseo, en donde la cantidad de placa bacteriana y depósitos duros no se asocian con la severidad de la destrucción, la progresión de la pérdida de tejido puede ser auto limitante dándose en un patrón vertical o angular del hueso alveolar alrededor de los primeros molares.

Por otro lado, la periodontitis crónica es una enfermedad infecciosa que causa inflamación dentro de los tejidos de soporte dental, pérdida progresiva de la inserción y pérdida ósea, las principales características clínicas son la formación de placa

microbiana, la inflamación periodontal, y la pérdida de inserción, así como también del hueso alveolar. La formación de bolsas periodontales suelen ser una secuela del proceso de la enfermedad, a menos que la pérdida de inserción este acompañado de recesión gingival, en cuyos casos las profundidades de las bolsas siguen siendo superficiales, aun en presencia d una pérdida ósea y de la inserción en curso.

Por lo tanto, para entender con más exactitud lo que es la periodontitis es necesario tener en cuenta que esta tiene como principal característica la presencia de bolsa periodontal la cual se define como un surco gingival profundizado de manera patológica, se puede estar en presencia de una bolsa gingival o falsa esta se caracteriza por agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes, el surco se profundiza debido al mayor volumen de la encía.

La bolsa periodontal se produce con destrucción de los tejidos periodontales de soporte y la movilidad de los dientes, entre estas se encuentra las bolsas periodontales supraóseas en el cual el fondo de la bolsa es coronal al hueso alveolar subyacente, por lo tanto el patrón destructivo del hueso subyacente es horizontal, en sentido interproximal las fibras transeptales están dispuesta horizontalmente en el espacio entre la base de la bolsa y el hueso alveolar y las bolsas periodontales intraóseas el fondo de la bolsa es apical a nivel del hueso alveolar , así como también el patrón destructivo del hueso es vertical y en sentido interproximal las fibras son más oblicuas que horizontales.

Aunque la periodontitis es una enfermedad infecciosa del tejido gingival, los cambios que se dan en el hueso son cruciales, porque la destrucción ósea es responsable de la perdida dental, la altura y la densidad del hueso se mantienen normales por un equilibrio regulado por unas influencias locales y sistémicas entre la reabsorción ósea y la formación ósea, se puede reducir tanto la altura ósea como la densidad ósea.

2.2.1. Defectos óseos

Los defectos óseos son considerados como la extensión y la severidad de la perdida de hueso alveolar dada por la profundización patológica del surco gingival. La enfermedad periodontal puede generar diferentes tipos de deformidades óseas, están

suelen darse en adultos, su presencia se observa en las radiografías, pero se requiere un sondeo cuidadoso y la exposición quirúrgica de las áreas para determinar su formación y las dimensiones exactas.

Sin embargo, existen factores que determinan la morfología ósea en la enfermedad periodontal entre estos están variación normal del hueso alveolar que afecta los contornos óseos producidos por la enfermedad periodontal, las características anatómicas que afectan de forma sustancial el patrón de destrucción ósea de la enfermedad periodontal son las siguientes:

- El grosor, ancho y la angulación de la cresta del tabique interdental.
- El grosor de las tablas angulares vestibular y lingual.
- La presencia de fenestraciones
- La alineación de los dientes.
- La anatomía de la raíz y el tronco radicular.
- La proximidad con otra superficie dental.

Por ejemplo, los defectos óseos no pueden formarse en las caras vestibulares linguales delgadas que tienen poco hueso esponjoso, o carecen de este, entre las capas corticales exterior e interior, en estos casos se destruye toda la cresta de la tabla, así como también se ve afectado la altura del hueso por lo que conlleva a la reducción de la misma.

Pérdida ósea:

López R. (2000). Explica que la pérdida de soporte óseo alveolar es uno de los signos característicos de destrucción de la enfermedad periodontal considerada generalmente para representar las secuelas anatómicas de la extensión apical de la periodontitis. La extensión y la severidad de la pérdida de hueso alveolar esta usualmente determinada por una combinación de signos clínicos y radiológicos, cuya importancia radica en el diagnóstico clínico, planificación de tratamiento y estimación de un pronóstico.

Periodos de destrucción

La destrucción periodontal se da de forma episódica, intermitente con periodo de inactividad o reposo. Los periodos destructivos provocan una pérdida de colágeno y de hueso alveolar con una profundización de la bolsa periodontal.

Todavía no se descubren las razones para el surgimiento de periodos destructivos, aunque se han ofrecido las siguientes teorías:

- Los brotes de actividad destructiva se relacionan con la ulceración subgingival y una reacción inflamatoria aguda, lo que produce la pérdida rápida del hueso alveolar.
- Los brotes de actividad destructiva coinciden con la conversión de una lesión en que predominan los linfocitos T a una con un infiltrado en que predominan las células plasmáticas y linfocitos B.
- Los periodos de exacerbación se relacionan con el aumento de la flora anaeróbica, no fijada ni insertada móvil y gramnegativa de la bolsa y los periodos de remisión coincide con la formación de una flora densa, no fijada ni inmóvil con una tendencia a la mineralización.

Causas de pérdida ósea:

De este mismo modo, López M. (2000) explica que, sin importar el número y naturaleza de los factores contribuyentes involucrados, la formación de una lesión ósea es actualmente considerada como el resultado de un crecimiento en sentido apical de la placa subgingival, con la consecuente reabsorción de hueso con un radio de aproximadamente 2 milímetros desde la superficie de la raíz.

Consecuencias de pérdida ósea:

La pérdida de hueso oral puede afectar a las piezas sanas y causar la pérdida de los contornos faciales naturales. Las personas que sufren una pérdida ósea importante tienen un mayor riesgo de perder piezas dentales y de sufrir lesiones por fractura de la mandíbula. Cuando se produce una pérdida ósea, las consecuencias en la cavidad oral son tanto morfológicas como funcionales o estéticas. Así, se puede encontrar con retraimiento de los labios, arrugas de expresión sobre el labio superior, movilidad dentaria, así como también modificación de la oclusión.

Patrones de destrucción ósea:

Clavijo M. (2016) nos explica que la enfermedad periodontal altera las características morfológicas del hueso además de reducir su altura ósea. Es fundamental comprender la naturaleza y patogenia de estas anomalías para determinar un diagnóstico y tratamiento eficaz. Deformidades del hueso, defectos óseos generalmente en adultos. Detectables mediante radiografías y un sondeo cuidadoso además de la exposición quirúrgica. Entre los defectos óseos están.

Defectos angulares o infraóseos:

Aquellos defectos en que la base del saco tiene una localización apical a la cresta alveolar residual adyacente. Se caracterizan por una pérdida vertical de hueso, existiendo mayor pérdida en un diente que en el diente adyacente a él, estos defectos se dan en forma oblicua, dejando un surco socavado en el hueso a lo largo de la raíz; la base del hueso se localiza de forma apical al hueso circundante, en caso todos los casos los defectos angulares están acompañados de las bolsas periodontales intraoseas; sin embargo, las bolsas intraoseas siempre tienen un defecto angular subyacente.

Los defectos angulares o defectos infraoseos estos se pueden clasificar dependiendo en el número de paredes óseas. Los defectos angulares pueden tener una, dos o tres paredes. El número de paredes de la porción apical del defecto puede ser mayor que en la porción oclusiva, en este caso se usa el término de defecto óseo combinado.

Los defectos angulares se dan interdentalmente y pueden observarse en la radiografía, aunque en ocasiones las tablas óseas gruesas pueden ocultarlos. Los defectos óseos angulares también pueden aparecer en la superficie de las caras vestibulares y linguales o palatinas estos defectos no se observan en la radiografía, la exposición quirúrgica es la única manera para determinar la presencia y la configuración de los defectos óseos verticales, se ha reportado que dichos defectos aparecen con más frecuencia en las superficies distales y superficies mesiales; sin embargo los defectos con tres paredes, se encuentran con más frecuencia en las superficies mesiales de los molares superiores e inferiores.

Al principio los defectos con tres paredes se les llamaban defectos intraoseo. Este defecto aparece con mayor frecuencia en las regiones mesiales del segundo y

tercer molar superior e inferior. El defecto vertical de una pared también se le llama hemitabique.

Defectos horizontales o supraóseos:

Son aquellos defectos en donde la base del saco se localiza coronalmente a la cresta alveolar subyacente. Se caracterizan por una pérdida de hueso horizontal tomando como referencia una línea trazada desde el límite amelocementario de un diente al límite amelocementario de un diente adyacente. La altura del hueso se reduce, pero su margen permanece aproximadamente perpendicular a la superficie dentaria, los tabiques interdentes y las tablas vestibular y lingual se ven afectada pero no siempre en el mismo grado alrededor del mismo diente, es el defecto más común de pérdida ósea que se puede manifestar en la enfermedad periodontal.

Cráteres óseos:

Por otra parte, están los cráteres óseos que son concavidades en la cresta del hueso interdental confinadas a las paredes lingual y vestibular. Mucho más frecuente en dientes posteriores. La morfología especial del cráter es de especial interés. Es definido como un defecto con forma de copa en el hueso alveolar interdental con pérdida de hueso casi igual en las raíces de dos dientes adyacentes; las paredes vestibulares, linguales o palatinas pueden no presentar la misma altura. Este defecto puede ser considerado como el resultado de la extensión apical de la periodontitis a lo largo de dos raíces adyacentes en un área interproximal relativamente estrecha. Mientras que los cráteres afectan a dos superficies radiculares adyacentes en extensión similar. Los defectos intraóseos morfológicamente se clasifican de acuerdo a las paredes óseas residuales, a la anchura y profundidad del defecto.

Lesiones de furcación:

El término de lesión de furcación se refiere a la invasión de la furcación y trifurcación de los dientes multirradiculares por la enfermedad periodontal, no es clara la prevalencia de los molares afectados por furcación. Mientras que unos reportes indican que los primeros molares inferiores son los sitios más comunes y los premolares superiores los menos comunes.

La furcación desnuda puede ser visible clínicamente o estar cubierta por la pared de la bolsa, la extensión de la lesión se determina mediante la exploración con una sonda roma, junto con un chorro de aire tibio para facilitar la observación. Las lesiones de furcación se han clasificado como grado I, grado II, grado III y grado IV de acuerdo con la cantidad de destrucción de tejido.

El grado I es una pérdida ósea incipiente, el grado II es una pérdida ósea parcial, el grado III es una pérdida ósea total con abertura de la furcación de un lado a otro, el grado IV es similar al grado III, pero con recesión gingival que expone el área de furcación a la vista, bajo el microscopio, la lesión no presenta características patológicas únicas, solo es una fase en la extensión de la bolsa periodontal hacia la raíz.

El patrón de destrucción de la furcación varía en diferentes casos y con el grado de la lesión. La pérdida ósea individual puede ser vertical u horizontal y con frecuencia se desarrolla un cráter en el área interradicular. Se debe realizar un sondeo horizontal y otro vertical para poder determinar la presencia de estos patrones destructivos de cada raíz afectada y el área del cráter para establecer la profundidad del componente vertical.

2.2.2. Frecuencia

Se entiende por frecuencia aquella magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico.

La edad

Es un indicador del grado de envejecimiento de la estructura por edades de la población. Es una medida estadística de posición que se expresa como la edad que divide la población en dos grupos de igual número de personas, se considera como una variable demográfica determinante que se debe de tomar en cuenta al momento de realizar algún estudio epidemiológico debido a que de esta manera se obtendrán resultados exactos para conocer si la incidencia o afectación de la problemática estudiada afecta más a jóvenes o a adultos.

La frecuencia y la severidad de la enfermedad periodontal se incrementa de modo directo con el aumento de la edad. Así lo refiere el estudio reportado por Oliver y col, 1996, donde expresan que la presencia de pérdida de inserción en pacientes de 25-34

años es de 13.8%, mientras en pacientes de 55-64 años de edad es de 53.4%; concluyendo que la gravedad de la enfermedad del periodonto como indica la pérdida media de la inserción aumenta de modo directo con la edad Oliver y col (1998).

El sexo

El tipo de sexo se puede referir a todas aquellas diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas predominantes, determinantes y significativas que determina a cada uno de los seres humanos para definirlos de esta manera como hombres o mujeres; son características con las que se nace, las cuales son universales e inmodificables.

Es considerado como una variable demográfica determinante que se debe de tomar en cuenta al momento de realizar algún estudio epidemiológico debido a que de esta manera se obtendrán resultados exactos para conocer la afectación, si es más frecuente en las mujeres o en los hombres o es igual en ambos sexos, para así de esta manera tomarlo en consideración al momento de querer buscarle solución a la problemática estudiada.

Según se explica en distintas investigaciones que se ha previsto que los hombres son los que tienden a presentar más comúnmente enfermedad periodontal y defectos óseos que las mujeres, además de que promedian una pérdida de inserción clínica casi del 10% más alta en milímetros que las mujeres Lindhe (2000).

El nivel socioeconómico

Es considerado como una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo, al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de orientación educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.

El nivel de enfermedad periodontal históricamente ha sido relacionado con mayor frecuencia directamente con los niveles socioeconómicos bajos. La gingivitis y la higiene oral deficiente, están claramente asociadas, pero no ocurre así con la

periodontitis la cual tiene un leve grado de asociación. Del mismo modo, la frecuencia y gravedad de la enfermedad periodontal son ligeramente mayores en zonas rurales que en zonas urbanas Bascones (2001).

2.2.3. Prevalencia.

El término prevalencia hace referencia al número total de casos de enfermos para un tipo específico de enfermedad, en un momento y lugar particular y especial, en este sentido, la noción de prevalencia se vincula con la definición oficial que establece que toda prevalencia es el hecho de sobresalir o destacarse de algún objeto, alguna persona o alguna situación, de este modo, la prevalencia es entendida como la acción de sobresalir o resaltar de un tipo específico de enfermedad en un tiempo y espacio determinado.

Del mismo modo para que este término sea más entendido es importante definir qué es la salud pública cuya dicha definición histórica fue provista por Winslow en 1916:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia a través de los esfuerzos de la comunidad organizada por el saneamiento del ambiente el control de las infecciones comunitarias, la educación de los individuos principio de higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de la maquinaria social, la cual asegurara a cada individuo en la comunidad un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

La Salud pública es una pieza clave para ofrecer mejores medidas de atención, la OMS establece que salud pública son las acciones colectivas e individuales del estado y la sociedad civil, dirigidas a mejorar la salud de la población. En el área de la odontología, la salud pública trabaja identificando grupos y/o subgrupos poblacionales que se encuentren en situación de riesgo, al identificarlos se puede mejorar la eficacia de las campañas preventivas.

La enfermedad periodontal es una patología que ocasiona la inflamación de los tejidos de soporte producida por la acumulación de agentes irritantes, también asociada

a enfermedades sistemáticas o endocrinas que afecta al 80% de la población mundial. Según la organización mundial de la salud (OMS) todos los tipos de enfermedad periodontal representan un problema de salud pública en países industrializados y cada vez más en países desarrollados disminuyendo la calidad de vida.

Por otro lado, es necesario lograr la formulación de políticas de salud pública a través de la epidemiología la cual se considera como el estudio de la aparición de enfermedades y de otras características relacionadas con la salud. Los epidemiólogos estudian la frecuencia de las enfermedades y la variación de dicha frecuencia en distintos grupos de personas; es decir, estudian la relación causa-efecto entre exposición y enfermedad. Las enfermedades no se producen de manera aleatoria; tienen causas. Por consiguiente, muchas enfermedades podrían prevenirse si se conocieran sus causas. Los métodos epidemiológicos han sido cruciales para identificar numerosos factores etiológicos que, a su vez, han justificado la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades.

Por último, la epidemiología es una disciplina básica de la salud pública y de la medicina clínica, porque sus conocimientos pueden y deben ser aplicados al control de problemas de salud en ambos campos. Estas aplicaciones de la epidemiología permiten su clasificación en dos ramas. La epidemiología general o de salud pública y la epidemiología clínica.

La distinción entre ambas ramas no estriba tanto en las técnicas utilizadas como en la porción de la historia natural de la enfermedad que es estudiada por cada una de ellas. La historia natural de una enfermedad es el conjunto de sucesos que van desde que un sujeto o grupo de sujetos resulta expuesto a las primeras causas de una enfermedad hasta que ésta se desarrolla y finalmente se resuelve con la curación total, la curación con secuelas o la muerte.

La epidemiología de salud pública es la encargada de estudiar la primera parte de esta cadena de sucesos, es decir, la frecuencia y distribución de la enfermedad y sus determinantes, factores de riesgo o protección. Para ello se fija en sujetos sanos, generalmente viviendo en la comunidad, a los que sigue para observar como enferman.

Del mismo modo, la epidemiología clínica es aquella la cual se encarga de estudiar la frecuencia y distribución de las consecuencias de la enfermedad y sus determinantes, los factores pronósticos. Para ello, suele fijarse en sujetos enfermos en los que miden posibles factores pronósticos y los sigue para observar la evolución de la enfermedad.

Por otro lado, en cuanto a las enfermedades odontológicas y estomatológicas consideradas importantes en el ámbito de la epidemiología es la enfermedad periodontal que en su estado avanzado produce pérdida ósea y por consiguiente defectos óseos, lo cual se estipula como un conjunto de problemas de carácter sanitario que repercuten social, psicológica, física y económicamente en la sociedad desde comienzos de siglo hasta la actualidad. Uno de los métodos de investigación que se utilizan para comprender como se comportan las enfermedades, los enfermos y los sistemas de salud es el denominado estudio de prevalencia, que estima la frecuencia de un fenómeno de interés en un momento dado.

La existencia de diferencias y desigualdades en los indicadores de una situación de salud, tiene múltiples orígenes y sin duda existen marcadas diferencias internacionales en la prevalencia de los problemas bucales. Desde una perspectiva histórica, su control, tanto individual como colectivo, constituye parte fundamental del desarrollo de la ciencia odontológica moderna. Además, existen grandes evidencias de desigualdades sociales en salud, que la epidemiología ha documentado ampliamente. Por esos motivos, se hace enfoque en la enfermedad antes señalada, es decir las más prevalente.

Los datos epidemiológicos afirman que Venezuela no escapa a este problema de salud pública el cual ha sido estudiado a nivel nacional: El estudio para la Planificación Integral en Odontología (E.P.I.O.) y el Proyecto Venezuela, ambos estudios han demostrado que la enfermedad periodontal expresada en Índice de Placa (IP) sus valores se hacen mayores en los estudios de menos recursos, lo que demuestra que un nivel alto de la población no acude a los servicios de odontología conservadora y que la enfermedad periodontal tiene una prevalencia cada vez mayor a nivel mundial.

Porcentaje de individuos afectados:

Por otro lado, cuando se habla de porcentaje de individuos afectados se refiere a la cantidad proporcional de personas o individuos que padecen de cierta enfermedad, tomando en cuenta la fracción en 100 partes iguales con el fin de obtener el valor más exacto en porcentajes, y de esta manera poder comparar cual característica predomina más.

Del mismo modo para entender mejor esta definición es importante tomar en cuenta la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa; la frecuencia absoluta es una medida estadística que da información acerca de la cantidad de veces que se repite un suceso al realizar un número determinado de experimentos aleatorios. Esta se representa mediante las letras f_i . La letra f se refiere a la palabra frecuencia y la letra i se refiere a la realización i -ésima del experimento aleatorio.

La frecuencia absoluta es muy utilizada en estadística descriptiva y es útil para saber acerca de las características de una población y/o muestra. Ésta se puede utilizar con variables cualitativas o cuantitativas siempre que estas se puedan ordenar. La frecuencia absoluta se utiliza para calcular la frecuencia relativa. La suma de las frecuencias absolutas es igual al número total de datos de la muestra o población.

Así mismo, la frecuencia relativa es considerada una medida estadística que se calcula como el cociente de la frecuencia absoluta de algún valor de la población/muestra (f_i) entre el total de valores que componen la población/muestra (N). Para calcular la frecuencia relativa antes es necesario calcular la frecuencia absoluta.

2.3. Bases legales.

Las bases legales son el conjunto de leyes, reglamentos, normas, decretos. Etc., que establecen el basamento jurídico sobre el cual se sustenta la investigación. Pérez (2009).

Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela

Artículo 112: “Todas las personas pueden dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras

de interés social. El Estado promoverá la iniciativa privada, garantizando la creación y justa distribución de la riqueza, así como la producción de bienes y servicios que satisfagan las necesidades de la población, la libertad de trabajo, empresa, comercio, industria, sin perjuicio de su facultad para dictar medidas para planificar, racionalizar y regular la economía e impulsar el desarrollo integral del país”

Artículo 83: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”.

En este sentido la salud es un derecho fundamental de los venezolanos donde el estado garantizará, este velará por todos y cada una de las políticas encaminadas a establecer la promoción, defensa, y cumplimiento de las medidas que conlleve a una elevación y mejora de la calidad de vida, siendo el mejor tratamiento de cualquier enfermedad su prevención. Todas las enfermedades pueden prevenirse y diagnosticarse precozmente, para minimizar sus consecuencias y simplificar su tratamiento.

Ley orgánica de educación

Artículo 32: “La educación universitaria profundiza el proceso de formación integral permanente de ciudadanos críticos y ciudadanas críticas, reflexivos o reflexivas, sensibles y comprometidos o comprometidas, social y éticamente con el desarrollo del país, iniciado en los niveles educativos precedentes. Tiene como función la creación, difusión, socialización, producción, apropiación y conservación del conocimiento en la sociedad, así como el estímulo de la creación intelectual y cultural en todas sus formas. Su finalidad es formar profesionales e investigadores o investigadoras de la más alta calidad y auspiciar su permanente actualización y mejoramiento, con el propósito de establecer sólidos fundamentos que, en lo humanístico, científico y tecnológico, sean soporte para el progreso autónomo, independiente y soberano del país en todas las áreas. La educación universitaria estará a cargo de instituciones integradas en un subsistema de educación universitaria, de acuerdo con lo que establezca la ley especial

correspondiente y en concordancia con otras leyes especiales para la educación universitaria. La ley del subsistema de educación universitaria determinará la adscripción, la categorización de sus componentes, la conformación y operatividad de sus organismos y la garantía de participación de todos y todas sus integrantes”.

En este sentido se puede afirmar que la educación universitaria está formada de manera en que se fomente a nivel social todo el conocimiento inducido, ya sea humanístico, científico o tecnológico y de esta manera se pueda contribuir a hacer mejor el país. Las universidades están obligados a formar profesionales que de la más alta calidad de manera que busquen desarrollar al país en un mayor progreso.

En Venezuela, la salud se reconoce como un derecho social y su cobertura se ha Universalizado, es por ello que la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud establece en el Artículo 3 y 4 lo siguiente:

Artículo 3: El Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza

Artículo 4: El objeto del Sistema Nacional de Salud es la prestación de servicios en atención a la salud, encaminados no solo a procurar la ausencia de enfermedad, sino a promover el mayor bienestar físico, mental y social de los habitantes del país.

Es por ello que es de gran importancia resaltar, que, bajo el escenario de la práctica odontológica, su ejercicio no sólo implica el conocimiento científico clínico sino también el desempeño basado en un trato humano, respetando la ética, cumpliendo con leyes, normas establecidas y aceptadas de manera global. Debido a esto el Congreso de la República de Venezuela bajo la Gaceta Oficial N° 29.288 en agosto de 1970, decreta la Ley Del Ejercicio de la Odontología para no dejar de lado los componentes ético y legal que complementan la formación del profesional y permiten que éste pueda brindar una atención integral a su paciente.

En tal sentido, la profesión odontológica percibe formar odontólogos integrales, con conocimientos científicos, técnicos y humanísticos y con un alto sentido ético y social. Para ser un buen profesional de la Odontología, es necesaria la Ética e todas las

actividades que se realicen. Esto hace que se gane el respeto y la confianza de los pacientes, el respeto y la cordialidad hay que brindarlos para merecerlos.

La odontología desde un contexto ético y legal se puede analizar desde diversas ópticas, es por ello que el Artículo 1 y 17 de esta ley sostienen lo siguiente:

Artículo 1º: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del Odontólogo.

Artículo 17º: El Profesional de la Odontología debe prestar debida atención a la elaboración del diagnóstico, recurriendo a los procedimientos científicos a su alcance y debe asimismo procurar por todos los medios que sus indicaciones terapéuticas se cumplan

En relación a todo lo anteriormente mencionado, la odontología como ciencia nos compromete moralmente y obliga a mantener la vida y fomentar la salud bucal de las personas; el bienestar social es lo más primordial para el profesional de la salud en beneficio de sus pacientes; como arte permite establecer relaciones de respeto, conscientes y responsables de sus actos, con vocación de servicio y dignificando su profesión odontológica. El dentista debe ser un profesional dedicado a promover la salud bucal y general de la población. Mediante su labor preventiva lleva a cabo acciones encaminadas a conservar la salud en general, con la promoción de campañas de salud bucal e importantes hábitos higiénicos y alimenticios.

De igual manera se entiende que es de vital importancia que el profesional de la salud en este caso el odontólogo este siempre muy atento a el diagnostico que se le dé al paciente, para que de esa manera no equivocarse al momento de indicarle su tratamiento, debe recurrir a recursos científicos y tener que corroborar que la se cumplan las técnicas terapéuticas.

2.4. Definición de términos básicos.

Al respecto, Holmes, A (2005). Señala que la Definición de términos en los estudios e investigaciones son líneas elementales sobre aspectos teóricos puntuales de un problema.

Bolsa periodontal: Se define como un surco gingival profundizado de manera patológica, se puede estar en presencia de una bolsa gingival o falsa esta se caracteriza por agrandamiento gingival sin destrucción de los tejidos periodontales subyacentes, el surco se profundiza debido al mayor volumen y puede producir destrucción de los tejidos periodontales de soporte y la movilidad de los dientes.

Calculo dental: Es la placa mineralizada adherente que se forma sobre la superficie de los dientes, generalmente se clasifica de acuerdo con su ubicación relativa al margen gingival lo que nos lleva a clasificarlo en cálculo supragingival y cálculo subgingival.

Furca dental: Dental es la zona anatómica que comprende al área de división de las raíces de dientes multirradiculares; ya sean premolares o molares. Las patologías que afectan esta zona son muy complejas y reciben el nombre de lesiones de furcación o lesiones de la furca.

Periodonto: Son todos los tejidos que rodean y soportan la unidad dentaria.

Periodonto de inserción: Son aquellos tejidos que se encargan de mantener el diente en su alveolo, y por ende en su posición en el arco, corresponde al cemento radicular, ligamento periodontal y hueso alveolar.

Periodonto de protección: Son aquellos tejidos que se encargan de proteger al periodonto de inserción, corresponde a la encía y a epitelio de unión.

Placa dental: Es una agregación bacteriana homogénea causante de enfermedad periodontal cuando se acumula hasta el punto de exceder la capacidad de defensa del huésped, esta se desarrolla sobre la superficie expuesta del diente y comienza con la precipitación de una capa salivar.

Unión amelocementaria: Separa a la corona de la raíz. Es una zona importante en el tratamiento periodontal, ya que es una zona de anclaje de irritantes de tipo cálculos

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tamayo y Tamayo (2003) explica el marco metodológico como un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento, dicho conocimiento se adquiere para relacionarlo con las hipótesis presentadas ante los problemas planteados.

3.1. Diseño y tipo de la investigación.

3.1.1. Diseño de la investigación.

Según Arias, F. (2006) “El diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. En atención al diseño, la investigación se clasifica en documental, de campo y experimental.” El diseño de la presente investigación es no experimental y de campo, ya que se recolectaron datos e información directamente de las historias clínicas de los pacientes con enfermedad periodontal que asisten a la clínica Integral IV en el periodo Octubre-Noviembre de la Universidad José Antonio Páez en el municipio San Diego Estado Carabobo.

3.1.2. Tipo de investigación.

Al respecto, esta investigación es descriptiva y no experimental, debido que, luego de una revisión documental que ha dado soporte a la misma, se logró el objetivo a través de la obtención de datos primarios provenientes de las historias clínicas de los pacientes con enfermedad periodontal que asisten a la Clínica de Integral IV de la Universidad José Antonio Páez, en el municipio de San Diego Estado Carabobo, se buscó mantener una postura donde haya un enfoque completo, planificado y secuencial en cada caso de estudio, con la finalidad de garantizar el éxito en la salud periodontal.

En base a esto, utilizando el método científico, se estudió la prevalencia de defectos óseos bucales en los pacientes periodontales que asisten a la clínica integral IV solicitando tratamiento periodontal, buscando diagnosticar las necesidades y

problemas a consecuencia de estos defectos óseos a fin de aplicar los conocimientos con fines prácticos.

De acuerdo a la información que se ha presentado anteriormente se dice que este trabajo se ubica en el nivel descriptivo, debido a que toda la información recopilada necesaria para obtener la prevalencia de defectos óseos bucales en los pacientes periodontales que asisten a la Clínica de adulto IV de la Universidad José Antonio Páez, en el municipio de San Diego, Estado Carabobo, con el fin de realizar un abordaje evaluativo y preventivo que apoye la disminución de la situación planteada.

3.2. Nivel de la investigación.

Arias, (2016) señala “El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio”. Es así como basándonos en la cita descrita se afirma que el nivel de la presente investigación es de tipo descriptiva, siendo el objetivo principal determinar la prevalencia de defectos óseos en pacientes periodontales que asisten a la Clínica Integral IV de la Universidad José Antonio Páez, en el municipio San Diego, Estado Carabobo.

De tal manera que, el carácter descriptivo de esta investigación se fundamenta en los conocimientos previos sobre la problemática, por otros investigadores, la información escrita en publicaciones especializadas, trabajos científicos, bibliografías en internet. De tal manera que el carácter descriptivo está dirigido hacia la indagación, la determinación y la descripción de los acontecimientos de esta problemática para interpretarlos objetivamente.

3.3. Población y muestra.

El termino población según Arias (2006) se refiere: “cualquier conjunto de elementos de lo que se quiere conocer e investigar alguna o algunas de sus características” por otro lado Balestrini (2006).

Como es una investigación no experimental y de Campo la población y muestra se considera como unidades de investigación, en este caso se obtuvo la información directamente de las historias clínicas de los pacientes con enfermedad periodontal que

asistes a la Clínica Integral IV del periodo 2.018 1CR de la Universidad José Antonio Páez, en el municipio San Diego, Estado Carabobo.

Muestra:

La muestra es considerada como una parte de la población, es decir, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo. Para Balestrini (1997), la muestra “es obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de una población”. Para Hurtado (1998), consiste: “en las poblaciones pequeñas o finitas no se selecciona muestra alguna para no afectar la validez de los resultados”. La muestra fue intencional a criterio del investigador y estará representada por el 30% de las historias clínicas de los pacientes que acuden a la Clínica Integral IV con defectos óseos ocasionados por enfermedad periodontal.

Dentro de los criterios de inclusión en la presente investigación se tomaron las historias clínicas de los pacientes que presentan enfermedad periodontal que acuden a la Clínica Integral IV con presencia de radiografía panorámica o periapical completo, en edades comprendidas entre 30 y 60 años, de ambos sexos. Dentro de los criterios de exclusión se excluyeron a los pacientes con enfermedad periodontal en edades comprendidas entre 20 a 29 años y mayores de 60 años, así como también pacientes con enfermedades sistémicas y pacientes en etapa de gestación.

3.4. Las técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

3.4.1. Técnicas.

Las técnicas son aquellas que permiten la recolección de la información, es decir, el cómo acceder a los datos u opiniones sobre el tema que se está investigando y dar respuestas a las preguntas de investigación. En este trabajo se usará la técnica de observación debido a que se analizará en los registros de historias los defectos óseos de los pacientes periodontales que asisten a la clínica integral IV de la Universidad José Antonio Páez.

3.4.2. Instrumentos.

Para Arias, (2006), los instrumentos de investigación son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información. Los instrumentos son los recursos donde se registrarán las características del evento a investigar, requeridas para llevar a cabo el proceso investigativo donde en el presente trabajo de investigación el instrumento de recolección de información fue una Guía de Observación que quedará registrado en hojas de papel.

CAPITULO IV
ÁNALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 ÁNALISIS DE LOS RESULTADOS:

Variables: Defectos óseos y frecuencia

Dimensión: Clínica y radiográfica.

Indicador: Pérdida horizontal, defectos verticales, cráteres óseos, lesiones de furcación, sexo y edad.

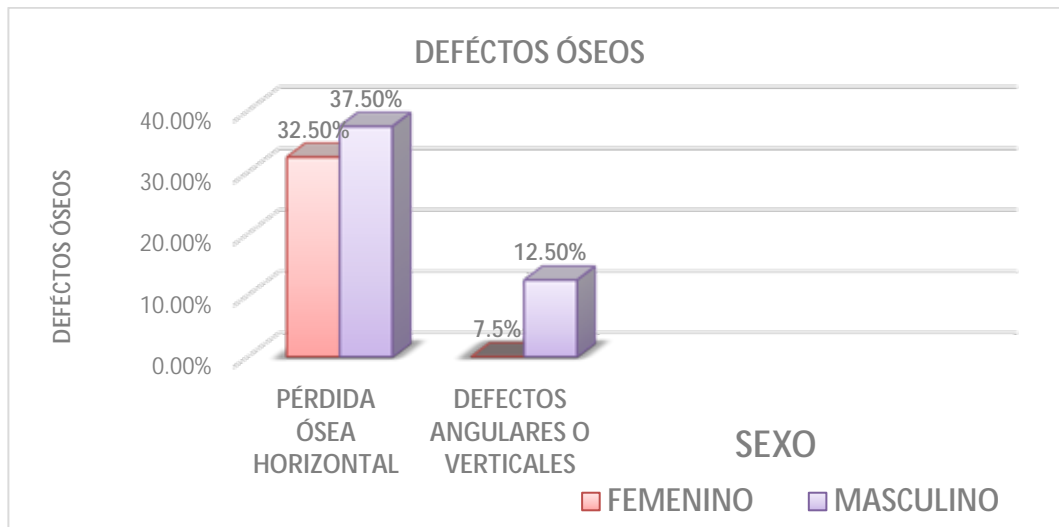
Tabla No 1

Defectos óseos defectos óseos por sexo

DEFECTOS ÓSEOS	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	f	%	f	%
Pérdida ósea horizontal	15	37,5%	13	32,5%
Defectos angulares o vertical	05	12,5%	03	7,5%

Fuente: Duran, Fonseca (2018).

Ànàlisis: se observa un 37,5% de pérdida ósea horizontal en el sexo masculino y 32,5% en el sexo femenino, por otro lado, defectos angulares de 12,5% en hombres y 7,5% en mujeres.



Gráfica No 1

Defectos óseos por sexo

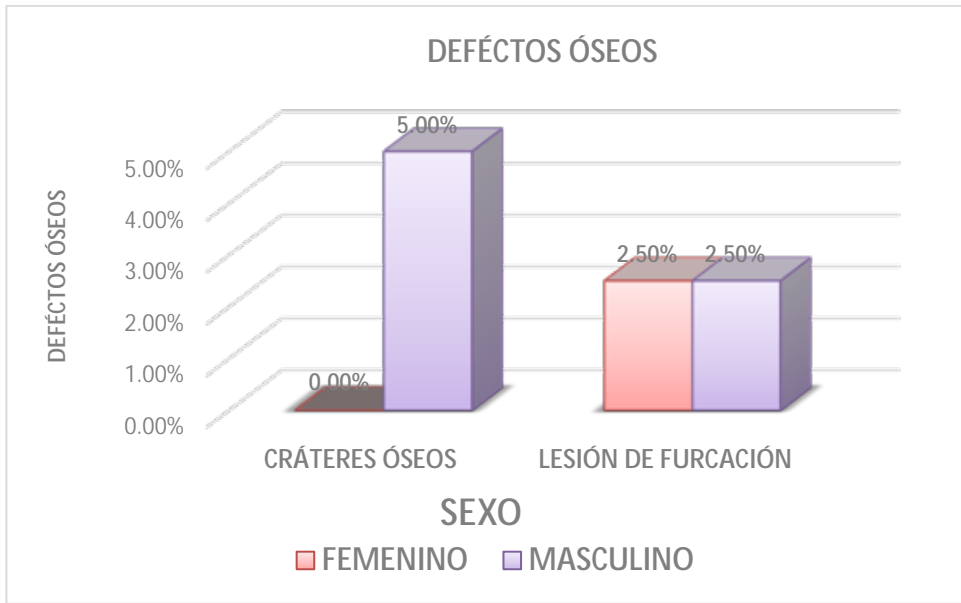
Tabla No 2

Defectos óseos por sexo

DEFECTOS ÓSEOS	SEXO			
	MASCULINO		FEMENINO	
	f	%	f	%
Cráteres Óseos	02	5%	0	0%
Lesiones de Furcación	01	2,5%	01	2.5%

Fuente: Duran, Fonseca (2018).

Análisis: se observa cráteres óseos 5% en hombres y 0% en mujeres, por otro lado, lesión de furca en un 2,5% tanto en hombre y mujeres



Gráfica No 2

Defectos óseos por sexo

Tabla No 3

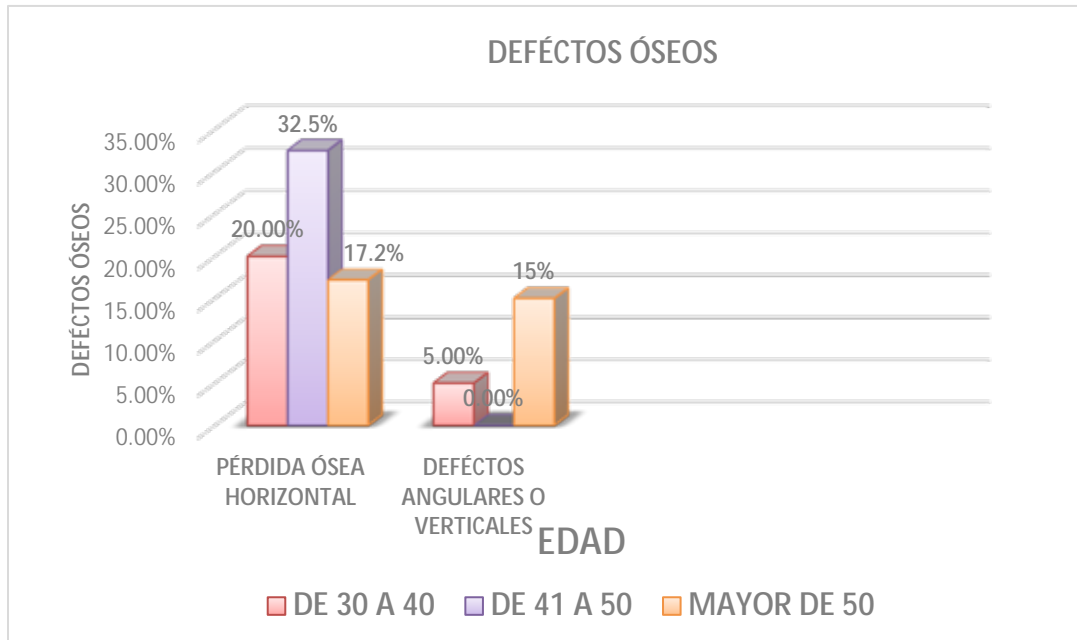
Defectos óseos por edad

EDAD						
DEFECTOS ÓSEOS	DE 30 A 40		DE 41 A 50		MAYOR DE 50	
	f	%	f	%	f	%
Pérdida ósea horizontal	08	20%	13	32,5 %	07	17,2%
Defectos angulares o vertical	02	5%	0	0%	06	15%

Fuente: Duran, Fonseca (2018).

Análisis: Se observa pérdida ósea horizontal de 20% en pacientes de 30 a 40 años, 32,5% en pacientes de 41 a 50 años y un 17,2% en los mayores de 50 años, por otro lado, en los defectos angulares 5% en pacientes de 30 a 40 años, 0% en pacientes entre 41 y 50 años y 15% en pacientes mayor de 50 años

Gráfica No 3



Defecto óseos por edad

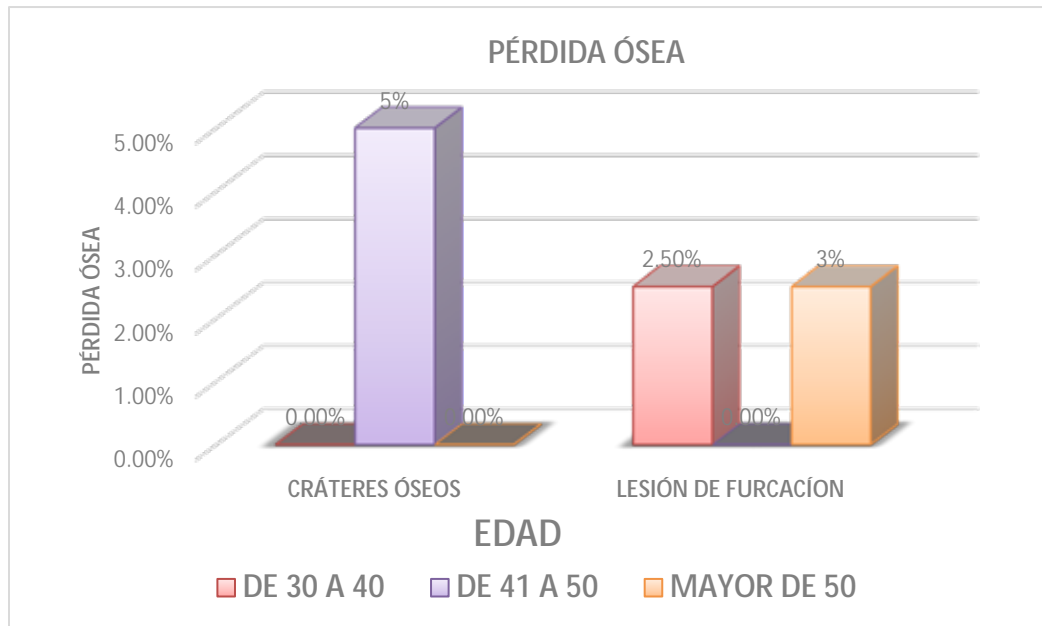
Tabla No 4

Defectos óseos por edad

DEFECTOS ÓSEOS	EDAD					
	F		f		f	
	F	%	f	%	f	%
	DE 30 A 40		DE 41 A 50		MAYOR DE 50	
Cráteres Óseos	0	0%	2	5%	0	0%
Lesión de Furcación	01	2,5%	0	0%	01	2,5%

Fuente: Duran, Fonseca (2018).

Análisis: se observa 0% de cráteres óseos en los pacientes de 30 a 40 años, 5% en los de 41 a 50 años y 2,5 en los pacientes mayores de 50%



Gráfica No 4

Defectos óseos por edad

4.2 INTERPRETACION Y DISCUSIÓN

Se revisaron 150 historias de las cuales al aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 40 historias clínicas, 41% (17) de sexo femenino y 59% (23) de sexo masculino. Al evaluar el tipo de defecto óseo se mostró un total de tipo de pérdida ósea horizontal, (70%) mientras que pérdida ósea vertical, (20%), por otro lado, los cráteres óseos y lesiones de furcación (5%).

Al relacionar el tipo de defecto óseo con el género, se mostró que en el sexo masculino presento la pérdida ósea horizontal en 37,5% y pérdida ósea vertical 12,5% cráteres óseos 5% y lesiones de furcación 2,5% y en las mujeres pérdida ósea horizontal

32,5% pérdida ósea vertical 7,5% no presentan cráteres óseos y lesiones de furcación 2,5%.

En comparación con el trabajo de Yaguana B. y José M. (2017), indican que ambas investigaciones concuerdan en que el defecto óseo que tiene mayor prevalencia es la pérdida ósea horizontal. Así mismo concuerdan en que la pérdida ósea horizontal afectó más a hombres que a mujeres. De igual manera al comparar ambas investigaciones se observó que estas difieren en que según los resultados obtenidos en la investigación la pérdida ósea vertical tiene mayor prevalencia en mujeres que en hombres, mientras que los resultados obtenidos en esta investigación existe mayor prevalencia de pérdida ósea vertical en hombres que en mujeres.

Al relacionar los resultados obtenidos entre la edad y el tipo de defecto óseo se obtuvo que: La pérdida ósea horizontal entre las edades comprendidas entre 30 a 40 años corresponde 20% para edades comprendidas entre 41-50 años, 32,5% en los mayores de 50 años, 17,2%. En la pérdida ósea vertical entre las edades comprendidas de 30 a 40 años 5% entre edades comprendidas de 41 a 50 años 0% y en los mayores de 50 años 15%. Los cráteres óseos solo se observan entre los 41 a 50 años con un 5% y las lesiones de furcación fueron presentes entre 30 a 41 años y en mayores de 50 años con 2,5% simultáneamente.

Comparando con la investigación de yaguana B y José M. (2017), la pérdida ósea horizontal, reflejan que en menor porcentaje fueron las edades comprendidas entre 30 a 40 años, y mayor porcentaje en 41 a 50 años. Por lo que estas difieren ya que en esta investigación la pérdida ósea horizontal con menor porcentaje son los pacientes mayores de 50 años, pero coinciden en que el mayor porcentaje está en edades comprendidas entre 41 y 50 años.

Por otro lado, en la pérdida ósea vertical difieren ya que el mayor porcentaje se encuentra en las edades comprendidas entre 41 a 50 años, mientras que en esta investigación son los pacientes mayores de 50 años la de mayor porcentaje.

Se evaluaron las series radiográficas periapicales y panorámicas de pacientes con periodontitis, en el cual se midió: la pérdida ósea horizontal considerando el límite cemento esmalte hasta la cresta alveolar. La pérdida ósea vertical, se midió desde el

límite cemento esmalte hasta la profundidad del defecto. Se han tomado estos puntos de referencia, tal como se indica en el estudio de Yaguana B y José M (2017).

De los resultados obtenidos en este estudio se demostró que un 90% de los pacientes presentaron pérdida ósea horizontal 90% y un 10% pérdida ósea vertical. De igual manera, en el estudio realizado por Indurkar M, Verma R en el 2016, se demostró un predominio en el patrón de destrucción ósea horizontal con el 68% sobre el vertical con un 28% y un 11% en otros tipos de defectos óseos, con lo cual se reafirma los resultados.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Según el primer objetivo específico expuesto se llegó como conclusión que los defectos óseos bucales son considerados como la extensión y la severidad de la pérdida de hueso alveolar dada por la profundización patológica del surco gingival. La enfermedad periodontal puede generar diferentes tipos de deformidades óseas, están suelen darse en adultos, su presencia se observa en las radiografías, pero se requiere un sondeo cuidadoso y la exposición quirúrgica de las áreas para determinar su formación y las dimensiones exactas. Es importante destacar que la enfermedad periodontal es el factor principal que contribuye a la presencia de pérdida ósea.

- La presencia de lesiones óseas periodontales consideradas como los defectos óseos, clínicamente puede asociarse a la pérdida de hueso de soporte del diente o a la destrucción periodontal en zonas específicas y a la posible aparición de bolsas profundas o lesiones de furca asociadas a lesiones óseas que pueden representar factores de riesgo en sitios específicos o ser indicadores de la progresión de la enfermedad.

- La formación de lesiones óseas periodontales se produce como resultado de la migración apical de la placa subgingival con la consiguiente destrucción del hueso alveolar alrededor de la raíz de al menos dos milímetros. Existen varias clasificaciones de los defectos óseos que se basan en criterios específicamente morfológicos, divide los defectos óseos en defectos supraóseos, defectos infraóseos, defectos de furcación y cráteres óseos.

- Según el segundo objetivo se llegó a la conclusión de que el defecto óseo más frecuente de los pacientes que padecen de enfermedad periodontal de la Universidad José Antonio Páez, son los defectos supraóseos los cuales se pueden describir como aquellos defectos en donde la base del saco se localiza coronalmente a la cresta alveolar subyacente.

- De acuerdo al tercer objetivo específico planteado se obtuvo como conclusión que existe una alta prevalencia de los defectos óseos bucales por enfermedad periodontal encontrándose afectado más Al sexo masculino que al femenino pero no de una manera tan significativa con la relación a la cantidad de mujeres, el mayor porcentaje de defecto óseo conseguido fue la pérdida ósea horizontal de manera casi homogénea entre mujeres y hombres, mientras que también se consiguió pérdida ósea vertical pero en menor medida.

-los cráteres óseos solo se ven presentes en hombres en un 5% y las lesiones de furcación es menos frecuente pero igual en ambos sexos en un 2,5%.

-Los defectos óseos son más frecuentes entre los 41 a 50 años sin embargo las lesiones de furcación se observaron en los pacientes a partir de 30 años.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda que, para estudios similares en un futuro, se deberían realizar estos análisis con un mayor tamaño de muestra, donde se puede incluir más variables como: frecuencia de cepillado, raza, el nivel socioeconómico, que sean en otras regiones del país y por ultimo utilizar otros estudios complementarios aparte de la radiografía convencional.

REFERENCIAS

- Arias, Becerra, Díaz, Mancilla y Monsalve (2016). Efectividad de los Tratamientos para la Periodontitis: Revisión Sistemática. Revista Venezolana de Investigación Odontológica IADR Vol. 4 No.2, Enero - Julio 2016, Facultad de Odontología, Universidad de los Andes. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/7710> [Consulta: 2018, junio 26]
- Alani A, Seymour R (2011). Aggressive periodontitis: how does an understanding of the pathogenesis affect treatment? Dent Update.
- Bastidas, M. (2017). Prevalencia de pérdida ósea en pacientes con enfermedad periodontal de la clínica de periodoncia UCSG. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Odontóloga en la facultad de ciencias médicas. Guayaquil, Ecuador.
- Berríos, Peña, Gutiérrez, García y Díaz (2015). Periodontitis crónica y nivel de pérdida ósea periodontal en pacientes tratados por hipofunción tiroidea. Revista odontológica de los Andes Vol. 10 No.1, Enero - Julio 2016, Departamento de Medicina Oral- Facultad de Odontología, Universidad de los Andes. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://revistas.saber.ula.ve/index.php/odontoula/article/download/7129/6999> [Consulta: 2018, Junio 28]
- Brito, A. (2002). Determinación de prevotella intermedia, porphyromonas gingivalis y actinobacillus actinomycetemcomitans en pacientes VIH+ con enfermedad periodontal. Tesis de grado presentado en la facultad de odontología de la Universidad Central de Venezuela para optar al título de Magister Scientiarum en Medicina Estomatológica, Caracas.
- Caballero Martínez, J. (2003). Satisfacción e insatisfacción de los jefes de estudios de los centros escolares. Revista de Investigación Educativa [Revista en Línea]. Disponible en: <file:///C:/Users/PC02/Downloads/99291-Texto%20del%20art%C3%ADculo-398591-1-10-20100316.pdf>
- Carranza, Newman y Takey. (2004). Periodontología Clínica. (9na. Ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- Clavijo, M. y Serrano, J. (2016). Grado de movilidad dental y lesión de furca, en pacientes con diabetes mellitus, de las fundaciones DONUM y casa de la diabetes. Tesis previa a la obtención del título de odontólogos. Presentado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, Ecuador.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela, NO.36.860. Diciembre 30, 1999.

Cueva, A. (2017). Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes fumadores y no fumadores que acuden a la clínica odontológica de la universidad de las Américas. Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de odontólogo en la Universidad de las Américas, facultad de odontología, Quito.

De rosa, L. y Dueñas, C. (2017). Prevalencia y distribución de defectos óseos en un grupo de potenciales pacientes ortodoncicos no tratados utilizando tomografías computarizadas Cone Beam. Universidad San Francisco de Quito, colegio de ciencias de la salud, escuela de odontología. Quito, Ecuador.

Fidias G. Arias. (2006). El Proyecto de Investigación, (5ta. Ed). Venezuela: Episteme.

Flores, J. y Montilva, L. (2012). Prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes con insuficiencia renal crónica de la clínica del riñón en el municipio Naguanagua estado Carabobo enero-noviembre, 2012. Trabajo de grado presentado en la facultad de odontología de la Universidad José Antonio Páez, para optar por el título de odontólogo, Carabobo.

Flóres, Jaimes, Rangel y Dávila (2017). Relación entre las enfermedades periodontales y las enfermedades cardiovasculares. Una revisión sistemática. Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR Vol. 6 No.2, Octubre 2017, Facultad de Odontología, Universidad de los Andes. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/9111> [Consulta: 2018, Junio 27]

Ibarra, V. (2009). Prevalencia y comportamiento de la enfermedad periodontal en os pacientes en terapia de soporte atendidos en el posgrado de periodoncia de la facultad de odontología de la universidad de odontología de la universidad central de Venezuela. 2000 – 2008. Trabajo de grado presentado en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, para optar por el título de especialista en periodoncia, Caracas.

López R, López P, Borges SA, Parés G, Valdespino L. (2000) Gingivitis en una comunidad infantil mexicana con trisomía 21. DEPEI.

Lee, B. (2006). Tratamiento ortodoncico en pacientes periodontalmente afectados. Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Trabajo especial de grado para optar al título de especialista en ortodoncia, Caracas.

- Ley del Ejercicio de la Odontología (1970). Gaceta Oficial de República Bolivariana de Venezuela, 29.288, agosto 10, 1973.
- Ley Orgánica de Educación (1980). Gaceta Oficial de República Bolivariana de Venezuela, 2.635 (Extraordinaria), septiembre 24, 2003.
- Mejía, G. (2017). "Prevalencia de movilidad dentaria en pacientes con enfermedad periodontal de la UCSG semestre B-2016. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de odontólogo. Guayaquil, Ecuador.
- Mijares, H. y García, L. (2007). Normas para la elaboración y presentación de los anteproyectos, proyectos y trabajos de grado. Universidad José Antonio Páez, Carabobo. Venezuela.
- Newman M. (2010). Periodontología clínica. México: McGraw-Hill Interamericana
- Pereira, M. y Pedrá, A. (2013). Incidencia de la ventilación mecánica en la producción de enfermedad periodontal. Trabajo presentado en la universidad de Carabobo, facultad de odontología como requisito para optar por el título de cirujano dentista. Valencia.
- Proyecto de investigación. (2017). Guías de trabajo [Documento en línea]. Disponible en: <http://investigacionujap.blogspot.com/> [Consulta: 2018, 25 de mayo]
- Rodríguez, F. (1010). Tratamiento quirúrgico de defectos interproximales utilizando derivados de la matriz de esmalte en comparación con regeneración tisular guiada: estudio clínico aleatorizado. Memoria para optar al grado de doctor presentada en la facultad de odontología en la Universidad Complutense de Madrid.
- Rodrigo G, Rodrigo C. (2003). Tratamiento inhalatorio en la crisis asmática severa. Revision sistematica Revista Médica Uruguay 2003; 19: 14-26. [Revista en Línea]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.rmu.org.uy/revista/19/1/2/es/3/>
- Sabino C. (2007). El proceso de investigación. Ed. Panapo, Caracas. Ed. Panamericana, Bogotá, y Ed. Lumen, Buenos Aires.
- Salvatierra, B. (2006). Comparación del estado periodontal y patrón óseo alveolar y maxilar en pacientes dializados versus pacientes trasplantados renales sometidos a tratamiento periodontal en el S.E.O. del hospital Barros Luco Trudeau. Trabajo de investigación presentada en la Universidad de Chile como requisito para optar al título de cirujano-dentista, Santiago.

Viteri, J. (2017). Nivel de autoestima en pacientes entre 12 a 18 años de edad con mal posición dentaria en el sector anterior que acuden a la clínica odontológica de la Universidad de las Américas. Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de odontólogo en la Universidad de las Américas, facultad de odontología, Quito.

ANEXOS

A. Sistema de variables.

Cuadro No. 1 Identificación y Definición de las Variables.

Objetivos específicos	Variables	Definición conceptual
<ul style="list-style-type: none"> Establecer que son los defectos óseos bucales en pacientes con enfermedad periodontal. 	Defectos Óseos	Es la extensión y la severidad de la pérdida de hueso alveolar dada por la profundización patológica del surco gingival.
<ul style="list-style-type: none"> Describir el tipo de defecto óseo bucal más frecuente en los pacientes con enfermedad periodontal que acuden a la clínica integral de la universidad José Antonio Páez 	Frecuencia	Se considera como la magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico en un espacio determinado.
<ul style="list-style-type: none"> Medir la prevalencia de los defectos óseos bucales en los pacientes con enfermedad periodontal que asisten a la clínica integral IV de adulto Universidad José Antonio Páez 	Prevalencia	De acuerdo a lo que establece la ciencia epidemiológica, la prevalencia hace referencia al número total de casos de enfermos para un tipo específico de enfermedad, en un momento y lugar particular y especial.

FUENTE: Fonseca, Duran (2018)

Cuadro No. 2 Operacionalización de Variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	ITEMS
Defectos óseos	Radiográfica y clínicas	<ul style="list-style-type: none"> Patrones de destrucción ósea Pérdida ósea horizontal Defectos angulares o verticales Cráteres óseos Lesiones de furcación 	
Frecuencia	Distribución	<ul style="list-style-type: none"> Sexo Edad 	
Prevalencia	Cantidad	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de individuos afectados 	

FUENTE: Fonseca, Duran (2018)



LISTA DE OBSERVACION



CANTIDAD		INDICADORES															
PERIODO 2.018 1CR	NUMERO DE PACIENTES	NUMERO DE HISTORIA	1. SEXO		2. EDAD			3. PERDIDA OSEA HORIZONTAL	4. DEFECTOS ANGULARES O VERTICALES	5. CRATERES OSEOS	6. LESIONES DE FURCACION						
			a) Masculino	b) Femenino	a) De 30 a 40	b) De 41 a 50	c) Mayor de 50				a) Grado I	b) Grado II	c) Grado III	d) Grado IV			
01	1834106		X				X	X									
02	1834128		X			X		X									
03	1834135	X				X		X									
04	1834145	X		X				X									
05	1834150	X				X		X									
06	1834164		X	X				X									
07	1834175	X		X				X									
08	1834179	X				X		X									
09	1834182		X	X				X									
10	1834188		X			X		X									



LISTA DE OBSERVACION



CANTIDAD		INDICADORES															
PERIODO 2.018 ICR	NUMERO DE PACIENTES	NUMERO DE HISTORIA	1. SEXO		2. EDAD			3. PERDIDA OSEA	4. DEFECTOS ANGULARES O VERTICALES	5. CRATERES OSEOS	6. LESIONES DE FURCACION						
			a) Masculino	b) Femenino	c) De 30 a 40	d) De 41 a 50	e) Mayor de 50				a) Grado I	b) Grado II	c) Grado III	d) Grado IV			
11	1834195		X			X			X								
12	1834204			X		X		X									
13	1834209			X		X		X									
14	1834212			X		X		X									
15	1834213			X		X		X									
16	1834222		X			X		X									
17	1834262		X				X	X									
18	1834263			X	X			X									
19	1834271		X				X	X									
20	1834275			X		X		X									



LISTA DE OBSERVACION



CANTIDAD		INDICADORES															
PERIODO 2.018 ICR	NUMERO DE PACIENTES NUMERO DE HISTORIA	1. SEXO		2. EDAD			3. PERDIDA OSEA HORIZONTAL	4. DEFECTOS ANGULARES O VERTICALES	5. CRATERES OSEOS	6. LESIONES DE FURCACION							
		a) Masculino	b) Femenino	a) De 30 a 40	b) De 41 a 50	c) Mayor de 50				a) Grado I	b) Grado II	c) Grado III	d) Grado IV				
21	1834279	X				X	X										
22	1834285		X	X				X									
23	1834287	X			X		X										
24	1834292	X				X	X										
25	1834319	X				X		X									
26	1834331		X			X		X									
27	1834353		X		X		X										
28	1834438	X				X				X							
29	1834453	X		X			X										
30	1834463		X	X						X							



LISTA DE OBSERVACION



CANTIDAD		INDICADORES															
PERIODO 2.018 ICR	NUMERO DE PACIENTES	NUMERO DE HISTORIA	1. SEXO		2. EDAD			3. PERDIDA OSEA HORIZONTAL	4. DEFECTOS ANGULARES O VERTICALES	5. CRATERES OSEOS	6. LESIONES DE FURCACION						
			a) Masculino	b) Femenino	c) De 30 a 40	d) De 41 a 50	e) Mayor de 50				a) Grado I	b) Grado II	c) Grado III	d) Grado IV			
31	1834469		X				X		X								
32	1834481		X		X				X								
33	1834483		X				X	X									
34	1834517		X				X		X								
35	1834542		X				X	X									
36	1834600		X				X	X									
37	1834605		X				X		X								
38	1834104		X			X				X							
39	1834608			X				X									
40	1834610			X	X			X									