



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DE LA
CLÍNICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autores:

Mantovani Rodríguez, Alberto

C.I. 24.683.538

Zambrano Carillo, Karelis Vanessa

C.I. 25.447.577

Urb. Yuma II, Calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfonos (0241) 8714240 (master) - Fax (0241) 8712394



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

**PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DE LA
CLÍNICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

**Proyecto de Trabajo de Grado como requisito parcial para optar al título de
ODONTÓLOGO**

Autores:

Mantovani Rodríguez, Alberto C.I.: 24.683.538
Zambrano Carillo, Karelis Vanessa. C.I.: 25.447.577

Tutor Metodológico: Dra. Gladys Orozco
Tutor de Contenido: Od. Beatriz Liendo

San Diego, agosto de 2018



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

**PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA
INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

1. 24.683.538

Rodríguez Mantovani, Alberto

2. 25.447.577

Zambrano Carrillo, Karelis Vanessa

Tutor Propuesto: Beatriz Liendo

Firma:

Cédula de Identidad N° 8.837.688

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma



Fecha 03/08/2018



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

DATOS PERSONALES

Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Rodriguez Mantovani	Alberto	24.683.538
Direccion: Urb. Chalets Country Edif. 6, piso 1, apto 1-3. San Diego Edo. Carabobo		Teléfono: 0424-5143238

DATOS ACADÉMICOS

Escuela Odontologia	Indice Académico	13.45

DATOS DEL PROYECTO DE GRADO

Autor(es):

Mantovani Alberto
Zambrano Karelis

Título Del Trabajo: Prevalencia de recesion gingival en pacientes de la clinica integral de la Universidad Jose Antonio Páez.

Breve Explicacion: Determinar los factores etiologicos y severidad de la recesion gingival en pacientes que acuden a la clinica integral de la Universidad José Antonio Páez, periodo 2018.

Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad José Antonio Páez.

Tiempo De Desarrollo: 4 meses

Tutor Académico Propuesto: Beatriz Liendo.

APROBADO: _____ NO APROBADO: _____

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Rodrigo Pino 03/08/2018
NOMBRE FIRMA FECHA

Evry Weffer 03/08/2018
NOMBRE FIRMA FECHA
DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





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

DATOS PERSONALES

Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Zambrano Carrillo	Karelis Vanessa	25.447.577
Direccion: Urb. Los Andes II, Edif 59, piso 4 apto 44, San Diego, Edo. Carabobo		Teléfono: 04142942956

DATOS ACADÉMICOS

Escuela Odontologia	Indice Académico	12.96

DATOS DEL PROYECTO DE GRADO

Autor(es): Mantovani Alberto Zambrano Karelis
Título Del Trabajo: Prevalencia de recesion gingival en pacientes de la clinica integral de la Universidad Jose Antonio Páez.
Breve Explicacion: Determinar los factores etiologicos y severidad de la recesion gingival en pacientes que acuden a la clinica integral de la Universidad José Antonio Páez, periodo 2018.
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad José Antonio Páez.
Tiempo De Desarrollo: 4 meses
Tutor Académico Propuesto: Beatriz Liendo.

APROBADO: NO APROBADO:
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Rodrigo Pino
NOMBRE

FIRMA

03/08/2018
FECHA

Evry Weffer
NOMBRE

FIRMA

03/08/2018
FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





ACEPTACIÓN DE TUTOR

Quien suscribe, Beatriz A Liendo C, portador (a) de la Cedula de Identidad N 8.837.688, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Alberto Mantovani, portador(a) de la Cedula de Identidad N 24.683538, Titulado "Prevalencia de Recesión Gingival en pacientes de la clínica integral de la Universidad José Antonio Páez" presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 20 días del mes de Marzo del año dos mil dieciocho



(Firma autógrafa)

C.I. 8.837.688



ACEPTACIÓN DE TUTOR

Quien suscribe, Beatriz A Liendo C, portador (a) de la Cedula de Identidad N 8.837.688, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Karelis Zambrano, portador(a) de la Cedula de Identidad N 25.447.577, Titulado "Prevalencia de Recesión Gingival en pacientes de la clínica integral de la Universidad José Antonio Páez" presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 20 días del mes de Marzo del año dos mil dieciocho



(Firma autógrafa)

C.I. 8837688



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA





ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Prevalencia de Recesión Gingival en pacientes de la clínica integral de la Universidad José Antonio Páez", realizado por Alberto Mantovani C.I 24.683.538. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: veinte (20) PUNTOS.


Tutor de Contenido
Nombre: BEATRIZ LIENDO
C.I.: 8.837.688


Jurado
Nombre: MAUREN GARCÍA
C.I.: 7.064.708


Jurado
Nombre: MEUDY LIZÁRRAGA
C.I.: 5.377.205



Fecha: 15/08/2018



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**





ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Prevalencia de Recesión Gingival en pacientes de la clínica integral de la Universidad José Antonio Páez", realizado por Karelis Zambrano C.I 25.447.577. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: Veinte (20) PUNTOS.


Tutor de Contenido
Nombre: BEATRIZ LIENDO
C.I.: 8.837.688


Jurado
Nombre: MAUREN GARCÍA
C.I.: 7.064.708


Jurado
Nombre: MEUDY LIZÁRRAGA
C.I.: 5.377.205



Fecha: 15/08/2018

DEDICATORIAS

Con todo mi amor y cariño a Dios, guía universal de este proyecto, por permitirme llegar a este punto de mi vida y haber iluminado el camino, en el cual no me abandono en ningún momento.

Con mucho amor a mi madre Mercedes de Mantovani y a mi padre Alberto Mantovani, gracias por su apoyo incondicional, por su ayuda y por su entrega para lograr otra meta en mi vida, por escuchar por 4 años como fue cada día y por brindarme todo en esta vida. Los amo mucho y sin ustedes nada de esto fuera posible.

A mi hermana Adriana Mantovani, por ser una hermana ejemplar, brindarme toda su ayuda en cada momento, por cada consejo de hermana y por siempre estar ahí conmigo. Te amo hermana.

A mi familia, especialmente a mi nonno Giulietto Mantovani, por siempre darme su apoyo incondicional, consejo y preguntar siempre cuando iba a llegar a este momento, gracias por estar orgulloso de mi.

A mi compañera de tesis y amiga desde el tercer semestre Karelis Zambrano, por permitir que todo esto se diera también, por ser excelente apoyo y amiga aunque eres de carácter fuerte con la gente, conmigo eres diferente y te doy gracias por apoyarme en todo. Te amo

A mis amigos que me regaló la universidad a María Laura Bolívar, Mariagabriela Sánchez, Alexia Díaz, Michell González (QEPD), Nicole Alarcón, por apoyarme en las buenas y en los malos momentos y haber compartido conmigo este largo trecho de la carrera.

A profesores y pacientes, gracias por ser parte fundamental en este proceso.

A nuestra tutora y profesora Beatriz Liendo por compartir todos sus conocimientos y por ayudarme a atender a mis primeros pacientes.

Alberto Mantovani

DEDICATORIAS

A Dios por darme la vida, la sabiduría y la oportunidad de estudiar en esta prestigiosa casa de estudio.

A mi mamá, Mildre Carrillo, que desde hace un año me apoya desde la distancia trabajando duro, pero sin ti no lo hubiese logrado. Tú esfuerzo y esta difícil decisión de emigrar que solo nosotras entendemos, tiene una parte valiosa en este logro. Te amo mamá. Gracias.

A mi abuela María Paiva por hacer el papel de segunda mamá desde que estoy en el vientre de mi madre su apoyo y paciencia incansable e inigualable agradecida por siempre contigo. Te amo María Paiva!

A mi papá Javier Zambrano por enseñarme tantas cosas, como el sentido de pertenencia y el valor de las cosas, tu apoyo INCODICIONAL, consentirme como su hija menor, amarme como sé que lo haces, este logro es tuyo. Eres el papá que toda hija quisiera tener. Te amo con todo mi corazón papi.

A mis hermanos Karen Zambrano y Herik Zambrano que desde la distancia me apoyan también, y están felices porque lo logré. Los amo hermanos.

A mis tías Marisela Zambrano, Marbelys Zambrano, también desde la distancia, por estar tan pendientes de mi recorrido y recordarme que no tomé una decisión equivocada. Las amo.

A mis primas Dr. Xiomara Zambrano e Ing. Yormary Zambrano porque me enseñaron que si se puede, las vi llegando a su meta, y ahora ellas me verán a mí. Distantes pero nunca ausentes. Las amo.

A mis amigas de la infancia Marlyn Alvarez por escucharme cada vez que me sentí ahogada entre tanta presión y Valentina Carrero por estar siempre allí cuando la necesito, gracias por su apoyo incondicional. Las amo y no las olvidaré nunca!

A mi amigo, y compañero de tesis Alberto Mantovani, no caben tantas palabras en este espacio para hacerte saber lo feliz que estoy de que lo logramos y lo hicimos juntos, y con Mariagabriela Sánchez y Od. María Laura Bolívar, vivimos momentos inolvidables, gracias por tanto. Los amo.

A profesores, especialmente la Prof. Beatriz Liendo, y pacientes, por ser parte fundamental de este emprendimiento.

Karelis Zambrano

ÍNDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE TABLAS.....	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN INFORMATIVO.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA.....	3
1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.1.1. Formulación del Problema.....	5
1.2. Objetivos de la Investigación.....	6
1.2.1. Objetivo General.....	6
1.2.2. Objetivos Específicos.....	6
1.3. Justificación de la Investigación.....	6
II MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.- Antecedentes de la Investigación.....	8
2.2.- Bases Teóricas.....	11
2.3.- Bases Legales.....	18
2.4.- Definición de Términos Básicos.....	20
III MARCO METODOLÓGICO.....	22
3.1. Tipo de Investigación.....	22
3.2. Nivel y Diseño de Investigación.....	23
3.3. Población y Muestra.....	23
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.....	24
3.5. Técnicas de Análisis de Datos.....	25
IV RESULTADOS.....	26
4.1. Objetivo Específico 1.....	26
4.2. Objetivo Específico 2.....	30
4.3. Objetivo Específico 3.....	31
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
5.1. Conclusiones.....	33
5.2. Recomendaciones.....	34
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS.....	38
A.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	39
B.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	41
C.- HOJA DE VACIAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	52

LISTA DE TABLAS

Tabla		pp.
1	Distribución de frecuencias de factores predisponentes de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	26
2	Distribución de frecuencias de factores precipitantes de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	28
3	Distribución de frecuencias de la severidad de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	30
4	Distribución de frecuencias de localización de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico		pp.
1	Distribución porcentual de factores predisponentes de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	26
2	Distribución porcentual de factores precipitantes de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	28
3	Distribución porcentual de las periodontopatías en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	29
4	Distribución porcentual de la severidad de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	30
5	Distribución porcentual de localización de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018.....	32



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

**PREVALENCIA DE RECESIÓN GINGIVAL EN PACIENTES DE LA
CLÍNICA INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autores: Mantovani Alberto
Zambrano Karelis
Tutor: Od. Beatriz Liendo

RESUMEN INFORMATIVO

El objetivo general de la investigación, fue determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo noviembre 2017-abril 2018, para la cual se tomaron en cuenta las teorías de recesión gingival formuladas por Wennström y Pini Prato (2010), Newman y otros (2014) y Academia Americana de Periodontología (2016). Se trató de un estudio epidemiológico con diseño descriptivo, no experimental transversal, empleando como técnica la revisión de historias clínicas mediante la aplicación de una guía de observaciones integrada por nueve ítems, obteniendo como resultados: predominio del grupo etario 50-60 años a favor del sexo femenino, prevalencia de biotipo gingival fino y mordidas alteradas, ausencia de cepillado traumático, preponderancia de índice O'Leary superior a 20% y periodontopatías, predominio de clases II y III de Miller y retracción generalizada del tejido gingival. En razón de dichos hallazgos, se concluyó que la identificación y control de los factores precipitantes de recesión gingival son indispensables para garantizar una buena evolución y pronóstico, tanto de la intervención terapéutica como de la salud periodontal.

Palabras clave: Prevalencia, recesión gingival; pacientes adultos.

INTRODUCCIÓN

Desde el principio de los tiempos han existido los problemas de salud oral; actualmente, el personal del área de odontología debe tener conocimiento sobre los mismos y estar capacitado para atenderlos, pues de lo contrario podría comprometerse seriamente la salud general y hasta la vida del paciente. Tal es el caso de las patologías periodontales, denominación que incluye una serie de alteraciones que afectan la salud y función de los diferentes tejidos, es decir, encías, ligamento periodontal y hueso alveolar, que constituyen el soporte de los órganos dentales, ya que por tratarse de un proceso de índole infeccioso-inflamatoria se asocia con enfermedades sistémicas.

Es así que entre las patologías periodontales se encuentra una de las menos conocidas pero no por ello menos importante, conocida como recesión gingival, es decir, la migración de la encía en dirección apical, que al exponer la raíz dental, produce efectos antiestéticos y provoca molestias como hipersensibilidad, dolor y sensibilidad a cambios térmicos, así como acumulación de biofilm con el consiguiente incremento del riesgo de caries y enfermedad periodontal.

Dicha entidad patológica, al no ser atendida y controlada oportunamente, acarrea problemas estéticos, sobre todo cuando se desarrolla en el sector anterior, así como serias consecuencias periodontales y pérdida de las unidades dentarias; de allí, la importancia de establecer su prevalencia, factores de riesgo y severidad, a fin de establecer las medidas necesarias para prevenir su desarrollo.

Es precisamente sobre tal tema de salud bucodental que versa la presente investigación, dirigida a determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes que acudieron a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo 2018, la cual finalmente quedó estructurada como se describe:

Capítulo I, contentivo de la problemática en torno a la recesión gingival, factores de riesgo y consecuencias para el bienestar del paciente, medidas profilácticas y curativas, para luego formular las interrogantes de investigación, sus objetivos y definir su importancia.

Sigue el Capítulo II, donde se desarrollan y comentan los antecedentes, bases teóricas, definición de términos y fundamentos legales del estudio, proporcionando la sustentación requerida para la comprensión de la problemática de la recesión gingival, así como a los fines de analizar y discutir los resultados obtenidos durante la fase práctica de la investigación.

A continuación, en el Capítulo III, se describen las estrategias y abordaje metodológico utilizado para alcanzar los objetivos del estudio, es decir, tipo, nivel y diseño de investigación, población y muestra, técnicas de recolección y técnicas de análisis de la información.

Luego, en el Capítulo IV, se exponen, analizan y discuten los resultados obtenidos durante la fase de recolección, mediante su tabulación y representación gráfica mediante histogramas correspondientes a los factores etiológicos, severidad y localización de la recesión gingival.

Seguidamente, el Capítulo V está destinado a la presentación de las Conclusiones y Recomendaciones consecuentes a los hallazgos de la investigación, prosiguiendo a detallar las Referencias impresas y electrónicas consultadas y, finalmente, incluir los Anexos del estudio (Operacionalización de Variables, Instrumento de Recolección, Hoja de Vaciamiento de Información).

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La Odontología, como disciplina encargada de prevenir y dar solución a las múltiples patologías que comprometen la salud bucodental de la población, posee diversas especialidades. Entre éstas, destaca que destaca la Periodoncia o Periodontología, rama especializada en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades del periodonto, las cuales asumen adquieren diversas presentaciones como es el caso de la recesión gingival, que según Miller (2010), puede ser un signo inicial de la destrucción de los tejidos periodontales y “Se manifiesta como una migración apical de la encía marginal, afecta su posición y altera las dimensiones de la encía adherida” (p.33).

Es de señalar, que dicha entidad patológica presenta una prevalencia que la Academia Americana de Periodontología (AAP, 2016), calcula entre el 8% en poblaciones infantiles y hasta el 100% de las personas mayores de 50 años. Por otra parte, los dientes afectados también varían según las diferentes edades: en adultos, suelen ser los incisivos inferiores, premolares inferiores y molares superiores, mientras que en niños y adolescentes es común encontrarla en la superficie vestibular de incisivos inferiores permanentes.

En el caso de Venezuela, se carece de datos oficiales o institucionales que aporten información fidedigna acerca de esta patología; sin embargo, en el estado Carabobo se ha calculado que su prevalencia en adultos se encuentra en el orden del 61%, razón por la que se puede considerar un problema de salud pública teniendo en cuenta sus consecuencias.

Realmente, varios aspectos de la recesión gingival la hacen relevante en términos clínicos: investigadores como García Morales y Bravo en 2012, Sarfati, Bourgeois, Katsahian, Mora y Bouchard en 2013, han confirmado que la retracción de las encías no sólo es responsable de la exposición de las raíces dentales, sino también de la creación de espacios donde la placa o biofilm, alimentos y bacterias tienden a acumularse, lo que conlleva riesgo de caries. De igual forma, es motivo frecuente de sensibilidad dental e hiperemia pulpar y además, el aumento visual de la corona clínica afecta la autoestima y ocasiona incomodidad al paciente por razones estéticas, causándole igualmente preocupación por la eventual pérdida de las unidades dentarias involucradas.

Cabe señalar, que en la actualidad el método diagnóstico vigente y de mayor utilización por odontólogos y especialistas en Periodoncia para establecer la severidad de la recesión gingival, es la clasificación realizada por Miller en 1985 (Índice de Recesión de Miller), que considera cuatro grados de retracción de las gíngivas independientemente de su localización.

Pasando ahora a revisar lo atinente a su etiología, la AAP (2016), informa que la recesión gingival es resultado del efecto acumulativo de una afección patológica, traumatismos menores directos y repetidos a la encía o ambos, ya que incluso en poblaciones que presentan buenas medidas de higiene oral las recesiones marginales son frecuentes, pero en quienes tienen otro tipo de compromiso periodontal localizado o generalizado (gingivitis, periodontitis) se localiza alrededor de varias o todas las unidades dentales. Por su parte Ardila (2009), señala:

Las recesiones gingivales pueden asociarse a factores mecánicos, predominantemente técnicas de cepillado inadecuadas, frenillos traccionantes, y a factores biológicos, como lesiones inflamatorias inducidas por placa bacteriana, dehiscencias resultantes a periodonto delgado, dientes en malposición y formas generalizadas de enfermedad periodontal destructiva. (p. 35).

No obstante, Barry, Eley, Manson y Mena (2010), plantean factores predisponentes, es decir, condiciones anatómicas y fisiológicas del individuo que

contribuyen al desarrollo de la patología pero que por sí solas no necesariamente la ocasionan, como por ejemplo la edad, género, biotipo gingival y maloclusión; por otro lado, se encuentran los factores precipitantes, que inician el proceso ayudados o no por los anteriores, entre los cuales se encuentran: cepillado dental traumático, mala higiene bucal, enfermedad periodontal, laceración gingival, prótesis mal diseñadas y movimientos ortodónticos no controlados.

Como se aprecia, la recesión gingival tiene origen plurifactorial y además, se trata de un proceso irreversible que, según Newman, Takei, Klokkevold y Carranza (2014), sólo puede ser tratado con técnicas quirúrgicas; por ende, conlleva costos importantes para el paciente, sin dejar de lado los tratamientos restauradores de las lesiones cariosas, la adquisición de productos específicos para controlar la hipersensibilidad dentaria y las restauraciones protésicas, en caso de pérdida dental. Por estas razones, su prevención mediante la visita regular al odontólogo permite implementar medidas para controlar sus factores de riesgo.

Asimismo, siendo como se ha argumentado previamente un problema de salud con repercusiones biológicas, psicosociales y de índole económica, el estudio sobre la epidemiología de la recesión gingival es indispensable como fuente de datos que permita establecer sus patrones de morbilidad, comportamiento en grupos de riesgo y la toma de decisiones sanitarias para su prevención y manejo.

Dentro de este orden de ideas, se representa la situación en la Clínica Integral del Adulto de la Universidad José Antonio Páez, donde se ha podido observar una notable recurrencia de pacientes que en la evaluación clínica evidencian recesión gingival, fenómeno que en la opinión de los autores del presente estudio ha pasado desapercibido como dilema de salud bucodental.

1.1.1. Formulación del Problema

Con fundamento en la problemática antes planteada, surgió el interés en la realización del presente estudio, cuyos objetivos se elaboran a partir de la formulación de la siguiente interrogante: ¿Cuál será la prevalencia de recesión

gingival en los pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad “José Antonio Páez” durante el período 2018?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de recesión gingival en pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo 2018.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Clasificar los factores etiológicos de recesión gingival en los pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez.
2. Categorizar la severidad de la recesión gingival en pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez.
3. Determinar la frecuencia de localización de la recesión gingival en pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez.

1.3. Justificación

La importancia y utilidad de la presente investigación, se justifica desde diversas visiones; en principio se estima su valor social, puesto que al expresar el comportamiento de la recesión gingival en la Clínica Integral del Adulto de la Universidad José Antonio Páez se pueden poner en práctica acciones dirigidas a la prevención de sus causas y la disminución de su incidencia, lo que beneficiará a la población al mejorar su salud bucodental e integral.

También se considera el aporte epidemiológico del estudio, pues al precisar la severidad y factores etiológicos intervinientes se generará evidencia científica sobre esta particular periodontopatía y los grupos de riesgo en la comunidad local,

ofreciendo una casuística indispensable para que los entes e instituciones de salud delinear políticas y programas específicos de atención primaria.

Por tanto, se trata de un aporte especialmente valioso para las líneas de investigación Odontología clínica y Odontología correctiva de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez por tratarse de un estudio original, pionero en el estudio de la prevalencia de la recesión gingival en la población adulta que se atiende en su Clínica Integral.

Desde el razonamiento anterior, se aprecia el aporte disciplinario y académico del estudio, pues al evidenciar la prevalencia de la recesión gingival en el adulto, podrá dar lugar a un mayor interés en dicha patología por parte de los especialistas de las distintas disciplinas odontológicas, a los fines de su prevención y tratamiento oportuno, mientras para la comunidad estudiantil constituye un aporte fundamental en el sentido de enriquecer sus conocimientos y motivar su interés en identificar y abordar una patología periodontal que muchas veces se ve relegada ante otros problemas de salud de mayor envergadura.

Igualmente, es una contribución valedera desde la perspectiva teórica y metodológica, pues tendrá utilidad como antecedente y fuente de consulta para quienes se interesen por el estudio de la recesión gingival, abriendo puertas a la realización de nuevas investigaciones destinadas a proponer estrategias de prevención y tratamiento de tan importante pero generalmente ignorada patología periodontal.

Finalmente, se tienen en cuenta el valor que el estudio representa para sus autores, quienes mediante su realización tendrán la oportunidad de consolidar los conocimientos obtenidos durante su recorrido académico, así como experiencias de especial trascendencia para su futuro desempeño como profesionales de la Odontología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En los últimos años, en el ámbito internacional, nacional y local, se han realizado diversos estudios sobre la recesión gingival: su prevalencia, incidencia, severidad y factores etiológicos involucrados, entre los que fueron seleccionados algunos de especial interés a los efectos de la investigación a realizar en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez:

García, A., Bujaldón, A.L. y Rodríguez A. (2016): Parámetros clínicos y periodontales predictores de la severidad de la recesión gingival (RG). Se trató de un estudio clínico prospectivo sin finalidad académica realizado en la Universidad de Granada, España, dirigido a determinar la influencia de distintos parámetros clínicos y periodontales sobre la severidad de la RG. Para ello, se tomaron en cuenta parámetros como edad, sexo, hábitos de higiene bucodental, tratamiento de ortodoncia y estado periodontal en 40 pacientes. Los resultados, mostraron relación directa entre la severidad de la RG con la edad, índice de placa y pérdida de inserción, concluyéndose que tales hallazgos ponen de manifiesto el fracaso de las medidas educativas de higiene bucodental en el adulto.

La utilidad del estudio anterior para la presente investigación, radica en haber comprobado la severidad de la recesión gingival considerando algunos de los factores predisponentes y precipitantes de la patología, lo que sirvió como medio de comparación al analizar los hallazgos obtenidos una vez aplicada la recolección de la información pertinente en la muestra seleccionada.

García, S., Cayturo, C., Gutiérrez, M, Medina, K., Orrego, G. (2015): El biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la Clínica de Posgrado de la UNMSM. En este estudio, realizado para obtener el título de Odontólogo en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú, el objetivo fue mostrar la relación entre la recesión gingival y el biotipo periodontal y con dicho propósito, se seleccionaron 50 pacientes a fin de evaluar la patología por pieza, región y arcada según el Índice de Recesión de Miller y determinar el biotipo periodontal. Los resultados, mostraron relaciones estadísticamente significativas entre la presencia de recesión y el biotipo fino e higiene oral, concluyendo que el grosor de la encía es de gran utilidad para predecir la recesión gingival al realizar tratamientos periodontales, restauradores, quirúrgicos, protésicos y ortodónticos.

La investigación anterior es relevante, pues además de encontrar similitud temática en cuanto a propósito, también contribuyó al desarrollo teórico sobre los biotipos dentales y su importancia como factor predisponente de la recesión gingival, sin dejar de lado su utilidad para comparar los resultados que se obtuvieron en la población adulta atendida en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez.

Burgos, A., Urdaneta, F., Velásquez, M. (2014). Prevalencia de las recesiones gingivales según Miller en los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, 2012: Investigación sin finalidad académica efectuada en la Universidad de Carabobo, Venezuela, dirigida a determinar la prevalencia de las recesiones gingivales según Miller en los pacientes que asistieron a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el segundo trimestre del año 2012, donde mediante un estudio descriptivo, con diseño no experimental transversal, se seleccionó una muestra intencional de 400 pacientes; los resultados, mostraron prevalencia de 61%, mayoría porcentual de las clases I y II de Miller. Como conclusión, se afirma que el odontólogo debe evaluar de manera exhaustiva al paciente, identificando los agentes etiológicos y factores de riesgos que presenta.

La investigación antes descrita, se relaciona en forma directa y es importante pues además de permitir comparar hallazgos respecto a la prevalencia e incidencia de

la recesión gingival en la región carabobeña, demostró la necesidad de determinar sus características a fin de establecer tratamientos oportunos que ayuden a controlar su aparición, progresión y evitar las complicaciones que suele ocasionar.

Bracho, R., Hernández, N, Montoya, C. (2013): Recesión gingival visible: su prevalencia en adolescentes Wayúu. Se trató de un estudio clínico retrospectivo sin finalidad académica realizado en la Universidad del Zulia, Venezuela, destinado a determinar la prevalencia de la recesión gingival en un grupo de adolescentes de la etnia Wayúu, seleccionando una muestra probabilística de 222 individuos entre 13 y 18 años de edad. Los resultados, mostraron prevalencia de 86.9%, sin diferencias intragénero y predominio en la arcada inferior derecha; se concluyó, que la alta prevalencia de recesión gingival visible en la muestra es atribuible a insuficientes medidas preventivas, debidas en parte a que su naturaleza e intensidad representan una enfermedad ayüüle (poco importante) para los miembros de dicha etnia.

El estudio previo, aunque fue realizado en adolescentes indígenas, es pertinente y se vincula pues pone en evidencia dos elementos importantes: el primero, que la recesión gingival es un proceso patológico que puede iniciarse en edades tempranas y el segundo, que la actitud del paciente puede marcar diferencias importantes en la prevención y control de la enfermedad.

Méndez, L., Arciniega, M. (2014): Enfermedad periodontal en pacientes fumadores con prótesis fija de la Clínica Integral del Adulto VII de la Universidad José Antonio Páez en el período julio-octubre 2013. Se realizó un estudio de campo transversal, dirigido a establecer la prevalencia de la enfermedad periodontal en los pacientes fumadores rehabilitados con prótesis fija en la Clínica Integral del Adulto, para lo cual se seleccionó una muestra probabilística de 33 pacientes. Los resultados reflejaron que el 60% de los pacientes presentaron alguna enfermedad periodontal y que el grupo de edad más afectado fue el de 45 a 54 años, concluyendo sobre la necesidad de crear medidas preventivas que disminuyan la severidad de la enfermedad periodontal.

El estudio anterior, aunque se vincula de forma indirecta, es pertinente pues además de haberse efectuado en el mismo escenario donde se realizó la presente

investigación, demostró la alta prevalencia de periodontopatías en los adultos usuarios de prótesis y la necesidad de impartir información a la población sobre la importancia de la prevención.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Recesión Gingival

Como recesión gingival, también conocida como retracción de las encías, se conoce la exposición de la superficie radicular por el desplazamiento apical del borde marginal de este tejido blando periodontal (Newman, Takei, Klokkevold y Carranza, 2014); para comprender este fenómeno, se hace necesario revisar algunos conceptos clave en tal sentido

Según los postulados expuestos por los autores en referencia anterior, la encía marginal se encuentra de 1 a 2 mm en coronal a la unión amelocementaria del diente y corresponde a la pared externa del surco gingivodentario, entre 0-2 mm de profundidad; la superficie del margen gingival es lisa a diferencia de la encía insertada, de la cual queda delimitada por una indentación llamada surco gingivodentario, que se corresponde a un espacio poco profundo alrededor del diente circunscrito por la superficie dentaria y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía o epitelio del surco. Por consiguiente, la recesión o retracción es el proceso por el cual los márgenes gingivales se desplazan desde su posición normal en sentido apical, dejando más o menos expuesta la superficie de la raíz dental.

En este particular, Wennström y Pini Prato (2010), sugieren que la recesión gingival se puede distinguir entre las posiciones real y aparente de la encía: la primera, es el nivel de inserción epitelial sobre el diente, en tanto que la segunda es la altura a la que se halla la cresta del margen gingival, pero la magnitud de la patología está condicionada a la posición real. De hecho, para los autores existen dos categorías: visible, observable desde el punto de vista clínico, y oculta, es decir, mensurable al introducir una sonda hasta donde se halla la inserción epitelial; por

ejemplo, en la enfermedad periodontal la pared inflamada de la bolsa cubre parte de la raíz denudada: en este caso, así, la recesión se encuentra parcialmente oculta y visible, siendo la cantidad total la suma de ambas.

En relación a su etiología, la literatura indica (Wennström y Pini Prato, 2010; Newman y otros, 2014; Academia Americana de Periodontología, AAP, 2016), que los cuadros clínicos de las recesiones son variados, suelen comenzar de forma imperceptible situándose sobre las caras vestibulares y linguales de las piezas dentales.

Asimismo, en algunos casos se forman en la encía las denominadas grietas de Stillman, que se ubican en el margen gingival con una profundidad de 5 a 6 mm o más y al momento de extenderse, se convierten en recesiones: a partir de allí, se empieza a producir un engrosamiento de la encía, sin signos de inflamación. En el caso que la misma avance hasta la unión mucogingival, puede producir una inflamación secundaria del margen gingival, provocando problemas estéticos si se sitúan en la parte anterior del maxilar y como ya se había mencionado con anterioridad, sensibilidad dentaria por exposición de la superficie radicular.

Es relevante mencionar, que la mayoría de los especialistas en la materia consideran que la recesión gingival es conocida como una condición mucogingival multifactorial, razón por la que es generalmente aceptada la confluencia de ciertos factores etiológicos, los cuales en la perspectiva del presente estudio, se tipifican de la siguiente forma.

1. Factores Predisponentes

Edad. Se ha establecido, que la edad es uno de los principales factores involucrados en la presencia de recesión gingival, pues su riesgo es directamente proporcional a la cantidad de años del sujeto. De hecho, de acuerdo a la evidencia científica, se ha postulado que hay una prevalencia sustancial en el aumento de las recesiones en la población mundial que se incrementa significativamente después de

la quinta década, por lo que se acepta que se trata de un proceso fisiológico vinculado al envejecimiento.

Género. La recesión gingival según el género no ha sido completamente concluyente; aunque se sugiere que el sexo masculino enfrenta un mayor riesgo en cuanto a probabilidad y severidad, el mismo estaría más vinculado más bien a los factores precipitantes; sin embargo, para el presente estudio se considera debido a que la población adulta atendida en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez no presenta mayores variaciones en cuanto a género.

Biotipo gingival. Describe cualitativamente los tejidos blandos y duros alrededor del diente: la inclusión de este indicador como factor predisponente, se basa en que el biotipo periodontal grueso se caracteriza por tener un tejido conectivo denso, fibrótico, con una gran cantidad de adherencia y favorable para la manutención de la salud periodontal, mientras el fino se caracteriza por ser delgado, transparente, con una cantidad mínima de adherencia, todo lo cual lo hace más susceptible al trauma y la inflamación.

Maloclusión. Bajo esta definición, se concibe la discrepancia entre tamaño de los dientes y la longitud del arco y/o posición del diente, que resulta en una mala alineación y relaciones anormales de contacto entre los dientes, como por ejemplo apiñamiento y mordida profunda, cruzada, abierta o borde a borde.

2. Factores Desencadenantes

Cepillado Dental Traumático. El uso incorrecto o vigoroso del cepillo dental puede producir recesión, lo cual es objetivable en la evaluación clínica por la presencia de abrasiones en la encía y a nivel apical en el esmalte dental; asimismo, es típico observar recesiones vestibulares en forma de “V”. Por otro lado, los cambios gingivales producidos por cepillado excesivo pueden ser agudos, observándose desde rayas en la superficie epitelial hasta la denudación del tejido conectivo subyacente con formación de una ulcera gingival dolorosa y/o eritema difuso de la encía insertada en toda la boca, o lesiones puntiformes cuando se ejerce presión intensa con

las cerdas duras de un cepillo dental nuevo, mientras la agresión crónica del cepillo muestra recesión gingival con denudación de la superficie radicular, sobre todo por vestibular y lingual.

Higiene oral: Presencia de placa o biofilm. Así como el cepillado excesivo produce recesión gingival, la ejecución incorrecta o realizada en forma inapropiada en términos de frecuencia, produce inflamación gingival, uno de los factores desencadenantes de la retracción de las encías. En efecto, una deficiente higiene bucal desencadena el endurecimiento del biofilm, que se transforma en cálculo subgingival y supragingival y a su vez, funciona como superficie de adhesión a nueva formación de la biopelícula, convirtiéndose en un factor precipitante de carácter crónico.

De tal forma, a la evaluación clínica, la calidad de la higiene bucal se pondera mediante el Índice O'Leary, método mediante el cual se administra al paciente una pastilla colorante, para luego determinar el porcentaje de superficies lisas teñidas: una cifra igual o inferior a 20%, es señal de buena higiene bucal. De hecho, se ha demostrado que al suprimir las medidas de higiene oral, progresivamente aparecen signos de inflamación gingival hasta los 27 días, pero en el momento que se retoman y se elimina la biopelícula acumulada, los signos de inflamación desaparecen y la encía vuelve a su estado inicial.

Enfermedad periodontal. Es reconocida entre los principales factores desencadenantes de recesión gingival; se trata de una patología inflamatoria, cuya etiología es principalmente infecciosa (biofilm) por falta de higiene oral, que de acuerdo al grado de compromiso puede llevar a la pérdida total de los tejidos de soporte del diente: la inflamación estimula la destrucción de los tejidos gingivales a nivel epitelial y conectivo, provocando que la encía se separe del diente y se retraiga en dirección apical. Asimismo, como consecuencia de la periodontitis, se puede producir reabsorción ósea, caso donde la recesión gingival es más compleja dado que los dientes involucrados se pueden extruir, inclinar y/o presentar movilidad.

En este orden, cabe destacar que para el diagnóstico de la enfermedad periodontal se utilizan diversos procedimientos clínicos: visualmente, una encía enferma se aprecia edematosa, brillante, lisa, depresible y un tono que oscila entre

rojo claro y oscuro, con sangramiento espontáneo o al sondaje; en paralelo, para diagnosticar la periodontitis se emplean el nivel de inserción clínica y los índices de profundidad/sangrado al sondaje y de movilidad dental.

Como se aprecia desde las descripciones realizadas sobre los factores etiológicos, la recesión marginal pueden reconocerse visualmente, pero es necesario realizar una recolección de datos precisa tanto en la anamnesis como en la evaluación clínica; en este último caso, es de habitual empleo el índice de Miller (1985), en donde la severidad de la patología tiene en cuenta el margen más apical de la retracción respecto a la línea mucogingival, además de la pérdida de tejido interproximal adyacente, de acuerdo a la siguiente clasificación:

Clase I: Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival, sin pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.

Clase II: Recesión que llega hasta la línea mucogingival o la excede; no hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental.

Clase III: Recesión que llega hasta la línea mucogingival o que la sobrepasa; la pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión.

Clase IV: Recesión que sobrepasa la línea mucogingival. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión.

Se precisa indicar, que las recesiones de clase I presentan un mejor pronóstico, pero en las clases II, III y IV se impone el tratamiento quirúrgico (injerto de tejido conjuntivo, técnica de colgajo), aunque el recubrimiento radicular completo suele ser menor en razón de la severidad de la retracción y compromiso de los tejidos duros.

Para culminar, es importante mencionar lo relativo a la localización de la recesión gingival; en principio, esta entidad patológica puede presentarse en un solo diente, un grupo o incluso estar de manera generalizada en toda la boca. Sin embargo, aunque se acepta que lo habitual es encontrarla en incisivos de la hemiarca mandibular, arca inferior, también se localiza en caninos, premolares y primeros molares inferiores, así como en los mismos grupos dentales en la arca superior. En

todo caso, pareciera que su aparición estaría estrechamente vinculada al factor etiológico.

Como se desprende desde la revisión realizada, la recesión gingival es, sin duda, una periodontopatía compleja y su estudio es indispensable a los fines epidemiológicos que permitan identificar su incidencia y contribuir a su disminución progresiva para beneficio de las poblaciones con mayor riesgo, premisa que sustenta la presente investigación.

2.2.2. Salud Pública

Actualmente, mantiene vigencia la definición elaborada en el año 2002 por la Organización Panamericana de la Salud (citada en Orozco, 2016): “Esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (p. 12); de allí, se desprende que el principal garante de tales propósitos es el Estado, quien delinea las políticas sanitarias a cumplir por parte de las instituciones y profesionales sanitarios, encargados de velar por el bienestar integral de la población.

En tal sentido, Malagón y Moncayo (2011), añaden que la Salud Pública se refiere a las condiciones sociales que se traducen en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual definen sus funciones, concebidas como conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, la salud de las poblaciones:

1. Control de Enfermedades
2. Promoción del desarrollo físico mental y social de las personas.
3. Reparación, recuperación y rehabilitación del individuo enfermo.
4. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
5. Vigilancia y control (brotes epidemiológicos)
6. Promoción de la salud.
7. Participación de los ciudadanos en la salud

8. Desarrollo de programas y capacidad institucional para la planificación en la materia (objetivos, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias).

9. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización.

10. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud.

11. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

12. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

13. Investigación.

14. Reducción de las emergencias y desastres.

De manera pues, debido a la amplitud y variedad de sus funciones, en la Salud Pública confluyen múltiples disciplinas orientadas a la administración del sistema sanitario, unas específicas de las Ciencias de la Salud (Medicina, Odontología, Enfermería, Biología, Farmacología, entre otras) y de las Ciencias Sociales y Humanísticas: Sociología, Administración, Pedagogía, trabajo social y estadística, por sólo nombrar algunas.

Desde lo descrito, se puede decir que la Salud Pública es una especialidad enfocada en la promoción, prevención e intervención de la salud desde una perspectiva multidisciplinaria y colectiva, a nivel comunitario, regional, nacional o internacional, es decir, no centrada en el individuo, sino en la población; de allí, su importancia para la presente investigación, pues las patologías odontológicas como la recesión gingival constituyen un proceso salud-enfermedad que puede conllevar un problema de salud pública.

2.2.3. Prevalencia

Cuando se habla del estudio de las enfermedades y de la salud en sus diferentes componentes, la epidemiología es la disciplina por excelencia para la identificación de los problemas sanitarios y su control; de hecho, como señalan Hernández, Lumbreras y Jarrín (2014), “La implicación de la epidemiología en investigación

clínica y preventiva debe incrementarse y dar una visión más global a los problemas de salud, evaluando los problemas suscitados desde la práctica de la salud pública” (p. 471).

Efectivamente, como disciplina científica de las Ciencias de la Salud, la epidemiología estudia la distribución, frecuencia, factores de riesgo, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad en poblaciones humanas definidas (Rothman, Greenland y Lash, 2008), y en tal sentido, los estudios de prevalencia tienen un especial significado.

Así se constata al consultar a Martínez, Antó, Castellanos y Gili (2010) y Villa, Moreno y García (2012), se aprecia que la prevalencia es una medida que indica la frecuencia de un evento y en el contexto sanitario, específicamente, la proporción de la población que padece una enfermedad en un momento dado. De tal forma, se sostiene que la prevalencia de una enfermedad aumenta como consecuencia de una mayor duración de la misma, la prolongación de la vida de los pacientes sin que éstos se curen, el aumento de casos nuevos y la mejoría de las posibilidades diagnósticas, disminuyendo cuando la duración de un padecimiento disminuye, y cuando se presenta algunas de estas situaciones: disminuyen los casos nuevos, hay inmigración de personas sanas, emigración de casos y aumento de la tasa de curación.

En resumen, la prevalencia de una enfermedad depende de la incidencia y de la duración de la enfermedad, de donde se destaca su utilidad para valorar la necesidad de asistencia sanitaria, planificar los servicios de salud o estimar las necesidades asistenciales, como sería el caso de la prevalencia de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral del Adulto, patología que ocupa el interés del presente trabajo de investigación.

2.3. Bases Legales

La sustentación jurídica del presente trabajo, se encuentra contenida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2009), en donde se reconoce la salud como un derecho fundamental (artículo 83), así como las obligaciones y

responsabilidades que competen al Estado, la sociedad en su conjunto e incluso las personas para garantizar el disfrute de dicho derecho (artículo 84):

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. (p. 18)

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. (p. 18)

Dichos preceptos constitucionales, son ampliados y especificados en lo que a la praxis odontológica se refiere, en la Ley del Ejercicio de la Odontología (1970), donde se delimitan las atribuciones, responsabilidades y deberes de los profesionales (artículo 2) y a la vez se enfatiza su capacitación para la resolución de los diversos problemas de salud bucodental que afectan a la población (artículo 16), respaldando por tanto los propósitos de la presente investigación:

Artículo 2: Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento. (p. 1)

Artículo 16: Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para

prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los problemas de salud pública creados por las enfermedades buco dentarias, y cooperar con los demás profesionales de la salud en la atención de aquellos enfermos que así lo requieran. (p. 6)

Para cerrar esta sección, no puede dejar de mencionarse el Código de Deontología Odontológica (1992), en el cual se estipulan los deberes del odontólogo (artículo 1), así como su actuación acorde a principios éticos y morales para garantizar la mejor atención posible a sus pacientes (artículo 30) y la obligación de informar a los pacientes candidatos a participar en estudios, el propósito de los mismos y su consentimiento por escrito (artículo 99), lo que junto al basamento jurídico previo, ratifica el cumplimiento de los requisitos legales y bioéticos necesarios para el desarrollo de la presente investigación:

Artículo 1: 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. (p. 1)

Artículo 30: Los Profesionales de la Odontología al servicio de organizaciones dedicadas al ejercicio institucional de la Odontología, deberá cumplir con su trabajo profesional de acuerdo con las normas señaladas en este Código Deontológico. Este se basará, por tanto, en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación Odontólogo/Paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional. (p. 12)

Artículo 99: El Odontólogo responsable de la investigación clínica está en el deber de:

- a. Ejercer todas las medidas tendentes a proteger la salud de la persona sometida al experimento.
- b. Explicarle con claridad la naturaleza, propósito y riesgos del experimento y obtener de él, por escrito, su libre consentimiento. (p. 25)

2.4. Definición de Términos Básicos

Abrasión. Desgaste de las encías y/o piezas dentales, producido por el roce con materiales ajenos al aparato estomatognático, los cuales son denominados abrasivos;

su magnitud, así como la rapidez para instaurarse, dependerá de la repetición en el uso del abrasivo, de la fuerza con la que es aplicado y de la dureza del mismo.

Apiñamiento. Alteraciones en la posición de los dientes, constituye un tipo de maloclusión debido a la falta de espacio en una o ambas arcadas dentarias.

Arcada inferior. Término que hace referencia a las estructuras bucales ubicadas en el hueso mandibular.

Arcada superior. Término que hace referencia a las estructuras bucales ubicadas en el hueso maxilar.

Biopelícula. Acumulación de bacterias, polímeros y restos alimenticios y epiteliales que se deposita en las superficies dentales y demás tejidos de la cavidad oral.

Cepillado dental. Método destinado a realizar la higiene bucal mediante técnicas, frecuencia y duración específicas, con el empleo de un cepillo especial.

Hemiarcada: Cada una de las partes en que se dividen las arcadas: superior derecha, superior izquierda, inferior izquierda e inferior derecha.

Mordida abierta. Tipo de maloclusión en donde no hay contacto oclusal entre los dientes superiores e inferiores.

Mordida borde a borde. Alteración donde al morder hacen contacto las cúspides dentales.

Mordida cruzada. Tipo de maloclusión en la que los dientes inferiores están en posición vestibular o labial, con respecto a los dientes superiores, de forma unilateral, bilateral, anterior y/o posterior

Mordida profunda. Sobremordida vertical aumentada, donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva.

Tratamiento ortodóntico. Procedimiento terapéutico dirigido a corregir las alteraciones o anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dentomaxilofaciales.

Unión amelocementaria. Zona anatómica que separa la corona de la raíz dental.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Este capítulo, es definido como aquel donde se describen los métodos, técnicas y procedimientos aplicados, de modo que el lector pueda tener una visión clara de lo que se hizo, por qué y cómo se hizo, es decir, las estrategias metodológicas conducentes al logro de los objetivos de la investigación (Universidad Pedagógica Experimental Libertador, UPEL, 2011).

Según Tamayo y Tamayo (2007), “Es un procedimiento general para lograr de manera precisa el objetivo de la investigación, por los que nos presenta los métodos y técnicas para la realización” (p. 22), esto refiere, a que se definen de manera detallada y sustentada las distintas técnicas, diseños y métodos que se utilizaron para lograr los propósitos de estudio.

3.1. Tipo de Investigación

Se trata de un estudio prospectivo, donde según Arias (2009), “...los datos se recolectan en forma directa en el momento actual, al contrario que en las investigaciones retrospectivas, donde se consultan registros pre existentes” (p. 46). Asimismo, fue epidemiológico, definido por Molina y Ochoa (2014), como aquel “...con direccionalidad anterógrada (de la exposición al efecto) y temporalidad concurrente (el investigador está presente en el momento de la exposición y en el del efecto)” (p. 53). Las definiciones anteriores aplican, pues fueron los propios investigadores quienes recolectaron directamente la información en el escenario donde se detectó la problemática de la recesión gingival.

3.2. Nivel y Diseño de Investigación

En este particular, es un estudio con nivel descriptivo, no experimental transversal; Palella y Martins (2009), sostienen que la investigación descriptiva “Incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o proceso de los fenómenos” (p. 86), lo que en este caso, se refiere a describir los factores predisponentes y precipitantes, severidad y localización de la recesión gingival en un grupo de adultos.

Complementariamente, de acuerdo con Sierra (2009), los estudios no experimentales son aquellos “...que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos para después analizarlos” (p. 26), lo cual en esta investigación fue cumplido pues se tomó la información tal cual se presentó, sin alterarla de ninguna forma. Por su parte Ávila (2008), señala que “En los estudios transversales los datos se recolectan en una sola oportunidad en el tiempo” (p. 71); la definición es aplicable en este caso, pues la data fue recogida una sola vez en el tiempo.

3.3. Población y Muestra

Bajo dicha denominación, Arias (2009), describe el universo afectado por el estudio, grupo seleccionado, características, tamaño y metodología seguida para la selección de la muestra, asignación de las unidades a grupos o categorías “...y otros aspectos que se consideren necesarios” (p. 76). De acuerdo a ello, la población estuvo integrada por las historias clínicas de los pacientes que acudieron a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, en el periodo noviembre 2017 - abril 2018, para un total de 1.412 historias.

Como muestra, Ávila (2008), define “Una pequeña parte de la población estudiada. La muestra debe caracterizarse por ser representativa de la población” (p. 88); para el presente estudio, fue un muestreo probabilístico para poblaciones finitas, calculado a partir de la siguiente forma:

$$n = \frac{N \cdot K^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra= ?

N = Población= 1.412 historias clínicas

K²=1,90 Constante que representa el nivel de confianza 90%

e² = 0,10 error máximo admisible

p = 0,50 probabilidad a favor

q = 0,50 población en contra

Al desarrollar la fórmula se obtiene que:

$$n = \frac{1412}{0.10^2} \cdot \frac{1.90^1 \cdot 0.50 \cdot 0.50}{(1412 + 1) + 1.90^2 \cdot 0.50}$$

$$n = 14.12 \cdot \frac{3,61}{1413} \cdot \frac{0.9025}{1413 + 1.94}$$

$$n = 361.9$$

$$n = 362$$

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Como técnicas de recolección de información se conocen según Sierra (2009), "...las estrategias que permiten llevar a cabo el levantamiento de información" (p. 32); en este sentido se consideró la observación planificada, a fin de verificar los factores predisponentes y precipitantes, severidad y localización de la recesión gingival según los datos contenidos en las historias clínicas que integraron la muestra, según los indicadores contemplados en la operacionalización de las variables (Anexo A).

Para ello, se diseñó como instrumento una hoja de vaciamiento de información teniendo como modelo el formato de historia clínica utilizado en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, conformada por nueve ítems (Anexo B). Es

importante señalar, que todo instrumento requiere validación; sin embargo, teniendo en cuenta que la historia clínica es un documento médico-legal de uso riguroso en la práctica odontológica y validado por la institución, no se requirió el juicio de expertos para su validez ni confiabilidad.

3.5. Técnicas de Análisis de Datos

Para el análisis de los resultados, que en la opinión de Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2009), se conocen los procedimientos que realiza el investigador para procesar los resultados de la aplicación del instrumento, en el presente caso, una vez aplicada la guía de observación, los hallazgos fueron ordenados y codificados de acuerdo a los indicadores de cada dimensión, para luego emplear la estadística descriptiva mediante su representación en cuadros y gráficos, que fueron luego analizados en contraste con los antecedentes y fundamentos teóricos consultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

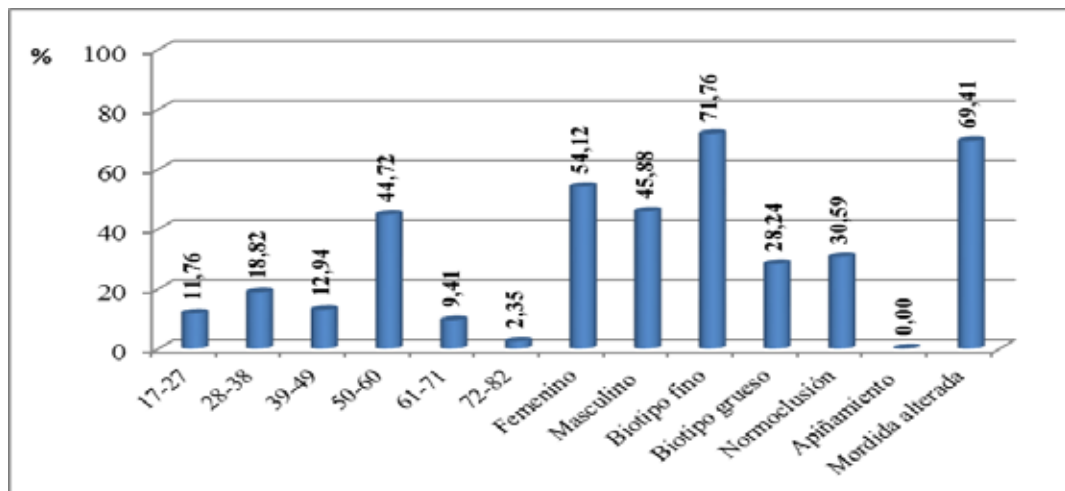
Objetivo Específico 1: Clasificar los factores etiológicos de recesión gingival en los pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez

Tabla 1. Distribución de frecuencias de factores predisponentes de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018

Factores predisponentes		fa (n)	fr (%)	Total fa	Total fr
Edad	17-27	10	11,76	85	100,00
	28-38	16	18,82		
	39-49	11	12,94		
	50-60	38	44,72		
	61-71	8	9,41		
	72-82	2	2,35		
Género	Femenino	46	54,12	85	100,00
	Masculino	39	45,88		
Biotipo gingival	Fino	61	71,76	85	100,00
	Grueso	24	28,24		
	Normal	26	30,59		
Oclusión	Apiñamiento	0	0,00	85	100,00
	Mordida alterada	59	69,41		

Fuente: Mantovani y Zambrano (2018)

Gráfico 1. Distribución porcentual de factores predisponentes de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018



Análisis Interpretativo Tabla/Gráfico 1

Tal como se evidencia desde los resultados expresados, el grupo de edad que expresó prevalencia de recesión gingival fue el ubicado en la franja etaria 50-60 años, acumulando un porcentaje de 44,72%, convalidando de tal forma que la recesión gingival es una entidad que se incrementa después de la quinta década, tal como ha sido evidenciado en otros reportes (Méndez y Arciniega, 2014; García y otros, 2016), confirmando que el envejecimiento también se manifiesta en el tejido periodontal.

Asimismo, se apreció leve predominio del género femenino (54,12%), lo que coincide hasta cierto punto con lo reportado por Burgos y otros (2014), también en el estado Carabobo, donde las mujeres demostraron prevalencia de recesión gingival (67%) en comparación a los hombres; dicha situación, resulta de particular interés epidemiológico al compararse, por ejemplo, con los resultados informados por Bracho y otros (2013), quienes no encontraron diferencias intergénero en un grupo de adolescentes en el estado Zulia, lo cual sugiere que la condición femenina junto a la edad, son importantes factores predisponentes para dicha entidad periodontal.

Continuando, se constata que el biotipo gingival también juega un importante papel en la recesión gingival, pues la mayoría de los casos de esta serie prevaleció el biotipo fino (71,76%), concordando de tal forma con la teoría asumida por la Academia Americana de Periodontología (AAP, 2016), según la cual este tipo de conformación tisular hace que la encía sea más susceptible a retraerse, lo que también fue constatado por García y otros (2015), quienes encontraron relación estadísticamente significativa entre recesión gingival y biotipo fino.

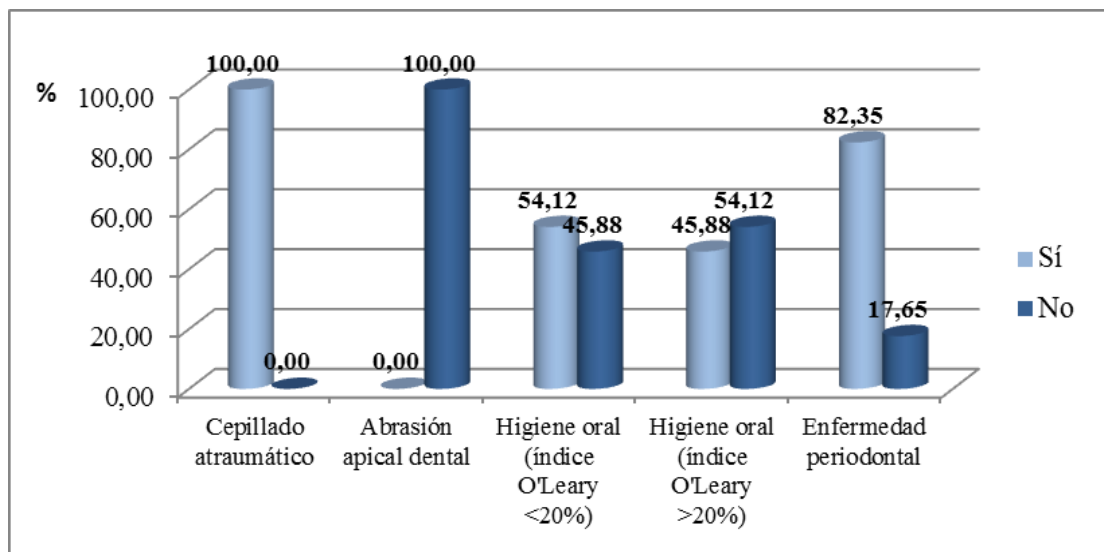
En relación a las alteraciones oclusales, se confirmó que una importante tasa de los pacientes prevalecieron las mordidas alteradas (69,41%), convalidando de tal forma los argumentos de Newman y otros (2014), para quienes las relaciones anormales de contacto entre los dientes intervienen en la exposición de la superficie radicular dental pues contribuyen al desplazamiento apical del borde marginal de las encías, lo que sumado a lo anterior, sugiere que la recesión gingival está condicionada a uno o más de los factores predisponentes mencionados.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de factores precipitantes de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018

Factores precipitantes	Sí		No		Totales	
	fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)	fa (n)	fr (%)
Cepillado atraumático	85	100,00	0	0,00	85	100,00
Abrasión apical dental	0	0,00	85	100,00	85	100,00
Higiene oral (índice O'Leary <20%)	46	54,12	39	45,88	85	100,00
Higiene oral (índice O'Leary >20%)	39	45,88	46	54,12	85	100,00
Enfermedad periodontal	70	82,35	15	17,65	85	100,00

Fuente: Mantovani y Zambrano (2018)

Gráfico 2. Distribución porcentual de factores precipitantes de recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018

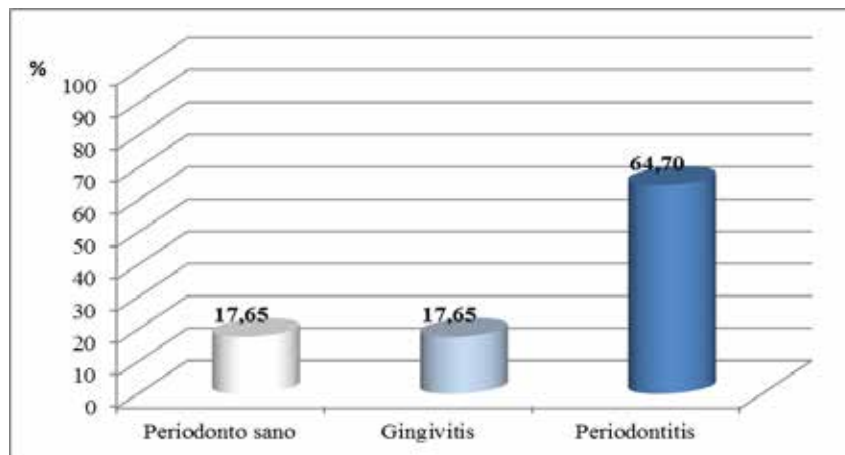


Análisis Interpretativo Tabla/Gráfico 2

A la vista de los resultados expuestos, se observa en primer lugar que en la totalidad de la muestra (100%), no practica el cepillado traumático, dada la ausencia (0%) de abrasión dental apical, contrariamente a lo afirmado por Wennström y Pini Prato (2010), para quienes el uso demasiado vigoroso del cepillo dental se vincula estrechamente con la recesión gingival.

Lo anterior, es sin embargo consistente con la presencia de un índice O'Leary superior al 20% en la muestra, ponderado en 54,12%, lo cual indica presencia de cálculos subgingivales y supragingivales; en efecto, según coinciden expertos en la materia (Newman y otros, 2014; AAP, 2016), una higiene oral realizada con una técnica errónea y/o baja frecuencia, ocasiona que el biofilm se endurezca formando cálculos, los cuales actúan como precipitantes crónicos de la retracción del tejido gingival; dicho resultado, coincide con los encontrados por García y otros (2016), quienes confirmaron relación significativa entre índice de placa y severidad de recesión gingival. En forma concordante con los hallazgos previos, la mayoría de los sujetos caso de estudio (82,35%) presentaba enfermedad periodontal, estimándose conveniente diferenciar el tipo de periodontopatía identificada:

Gráfico 3. Distribución porcentual de las periodontopatías en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018



Dichos hallazgos, coinciden con los reportes de García y otros (2015) y García y otros (2016), en cuyas investigaciones sobre la retracción de las gíngivas, la enfermedad periodontal obtuvo proporciones semejantes a las aquí descritas. En definitiva, se puede decir que en el caso del presente estudio, se verificó que los factores predisponentes (edad, biotipo gingival, maloclusión) y precipitantes (mala higiene oral, periodontopatía), se conjugaron dando lugar a la anomalía conocida como recesión gingival.

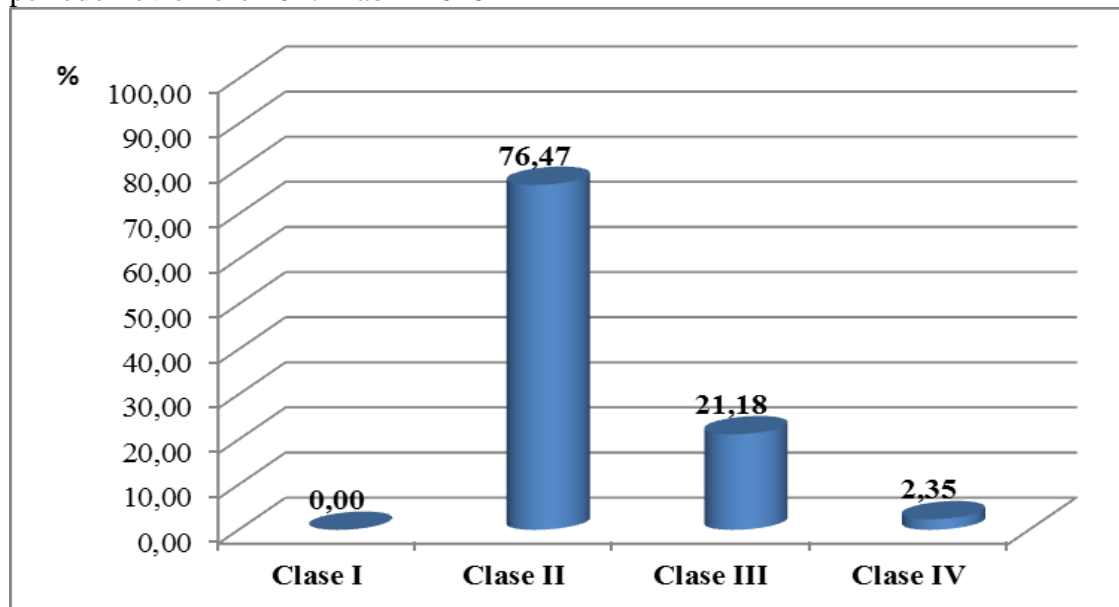
Objetivo Específico 2: Categorizar la severidad de la recesión gingival en pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la severidad de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018

Severidad	fa (n)	fr (%)
Clase I	0	0,00
Clase II	65	76,47
Clase III	18	21,18
Clase IV	2	2,35
Totales	85	100,00

Fuente: Mantovani y Zambrano (2018)

Gráfico 4. Distribución porcentual de la severidad de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018



Análisis Interpretativo Tabla 3/Gráfico 4

Como se aprecia, la mayor parte de los sujetos considerados para esta investigación (76,47%) presentó recesión gingival Clase II, es decir, una retracción de las encías que alcanza o sobrepasa la línea mucogingival, pero sin pérdida ósea ni de

los tejidos interdentales; no obstante, un número significativo de sujetos (18=21,18%), reveló retracción Clase III y aún otros dos en Clase IV (2,35%), todo lo cual indica que en la población adulta atendida en la Universidad José Antonio Páez dicha condición clínica es preocupante, pues como señalan Newman y otros (2014), en dichos casos se amerita tratamiento quirúrgico, cuyo pronóstico es más reservado cuanto mayor es su severidad.

En este sentido, es conveniente señalar que dichos resultados son superiores a los reportados previamente por Burgos y otros (2014), quienes al evaluar clínicamente 120 pacientes residenciados en el estado Carabobo, informan: Clase I, 48%; Clase II, 39%; Clase III, 13%; Clase IV, 1%.

Desde lo comentado previamente, la lectura consecuente es que la recesión gingival es un indudable problema de salud pública en la entidad carabobeña, al considerar que en la opinión de los especialistas consultados (Wennström y Pini Prato, 2010; García Morales y Bravo, 2012; Sarfati y otros, 2013; Newman y otros, 2014; AAP, 2016), esta entidad patológica no solo afecta la estética del paciente, sino que contribuye al acúmulo de biofilm y en consecuencia, incrementa el riesgo de caries y la cronicidad de la enfermedad periodontal.

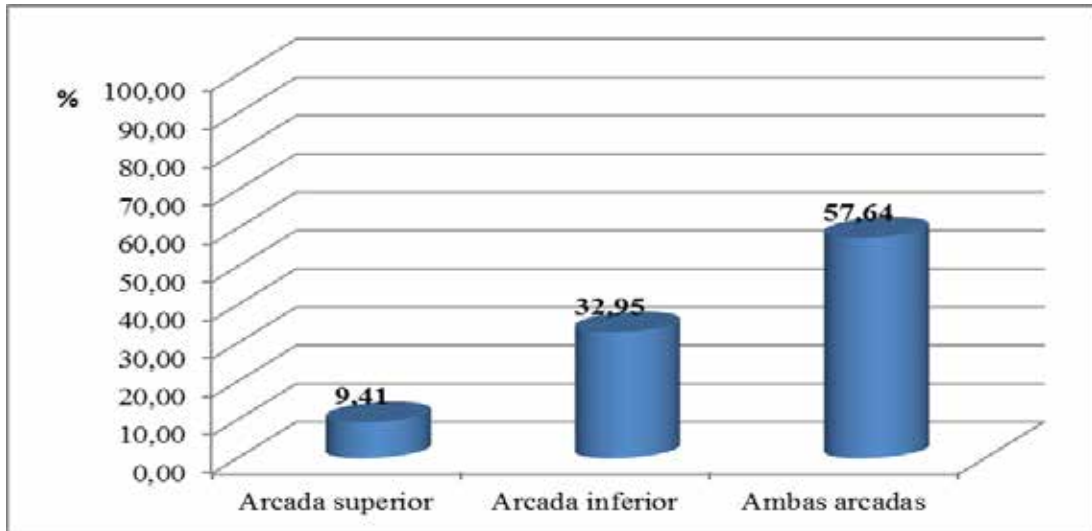
Objetivo Específico 3: Determinar la frecuencia de localización de la recesión gingival en pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez

Tabla 4. Distribución de frecuencias de localización de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018

Localización	fa (n)	fr (%)
Arcada superior	8	9,41
Arcada inferior	28	32,95
Ambas arcadas	49	57,64
Totales	85	100,00

Fuente: Mantovani y Zambrano (2018)

Gráfico 5. Distribución porcentual de localización de la recesión gingival en los pacientes atendidos en la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez en el periodo noviembre 2017 – abril 2018



Análisis Interpretativo Tabla 4/Gráfico 5

Según se verifica, en la mayoría de las historias revisadas la recesión gingival tuvo su mayor representación en ambas arcadas dentarias (57,64%) y en forma aislada, a nivel mandibular (32,95%), lo cual indica que dicha patología es generalizada en un sector importante de pacientes.

En consecuencia podría inferirse que, al menos en el caso de los pacientes que integraron la muestra, la recesión gingival estaría vinculada tanto a la edad (factor predisponente) como a la mala higiene oral y la periodontitis (factores precipitantes), pues como señalan Jati, Furquim y Consolaro (2016), en su forma generalizada, la retracción generalizada de las encías está asociada con la enfermedad periodontal, debido a que la pérdida de soporte en las áreas proximales produce una remodelación compensatoria en las superficies vestibular y lingual, así como el desplazamiento apical de la encía marginal, incluidas las papilas interdentales. Por consiguiente, al no poderse modificar los factores predisponentes, es indispensable controlar los precipitantes a fin de evitar el progreso de la patología y sus consecuencias.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Al clasificar los factores etiológicos de recesión gingival en los pacientes que acudieron a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, en relación a los factores predisponentes se encontró predominio del grupo etario 50-60 años, discreta diferencia intergénero a favor del sexo femenino y prevalencia tanto de biotipo gingival fino como de alteración oclusal (mordidas alteradas); asimismo, en cuanto a los factores precipitantes, se verificó ausencia de cepillado traumático, preponderancia de índice O'Leary superior a 20% (mala higiene oral) y de periodontopatías.

- Habiendo categorizado la severidad de la recesión gingival en pacientes que acudieron a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, se constató predominio de las Clases II y III.

- Al determinar la frecuencia de localización de la recesión gingival en pacientes que acudieron a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez, se constató que la mayoría de los casos presentó retracción generalizada del tejido gingival.

De conformidad a la síntesis previa, se puede concluir que la identificación y control de los factores precipitantes de recesión gingival son indispensables para garantizar una buena evolución y pronóstico, tanto de la intervención terapéutica como de la salud periodontal.

5.2. Recomendaciones

- Se exhorta a la Universidad José Antonio Páez a implementar programas educativo-preventivos extramuros dirigidos a las comunidades carabobeñas de su área de influencia, a fin de crear un mayor nivel de concientización sobre la importancia de la higiene oral a fin de precaver la recesión gingival, una de sus consecuencias en el tejido periodontal.

- A los profesores docentes y estudiantes de Odontología, se sugiere como criterio de actuación en pacientes sometidos a tratamiento periodontal procurar su asistencia periódica para asegurar un adecuado control de placa de las zonas más susceptibles a presentar recesión gingival.

- Asimismo, se hace un llamado de atención a los profesionales de la Odontología, en el sentido informar al paciente adulto sobre el riesgo de recesión gingival asociada a la edad y/o el cepillado traumático.

- Finalmente, se sugiere a la comunidad estudiantil de la Escuela de Odontología de la Universidad José Antonio Páez realizar estudios prospectivos que permitan, además de registrar nuevos casos de recesión gingival, confirmar recidivas de dicha patología en los pacientes que han sido atendidos previamente en la Clínica Integral.

REFERENCIAS

- Academia Americana de Periodontología (2016). Diagnosis of periodontal diseases. Descargado desde: <http://www.joponline.org/doi/pdf/10.1902/jop.2003.74.8.1237>.
- Ardila, C. (2009). Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. *Av Period*; 21(1): 35-43.
- Arias, F. (2009). *El proceso de Investigación*. (6ª edición). Caracas: Oriol.
- Ávila, H. (2008). *Introducción a la Metodología de la Investigación*. Bogotá: ExLibris.
- Barry, M., Eley, J., Manson, D., Mena, S. (2010). *Periodoncia*. 6ª edición. Madrid: Elsevier
- Bracho, R., Hernández, N., Montoya, C. (2013). Recesión gingival visible: su prevalencia en adolescentes Wayúu. *Ciencia Odont*; 5(2): 112-118.
- Burgos, A., Urdaneta, F., Velásquez, M. (2014). Prevalencia de las recesiones gingivales según Miller en los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el segundo trimestre del año 2012. *Act Odont Ven*; 52(4): 28-37.
- Código de Deontología Odontológica (1992). XXXIX Convención Nacional del Colegio de Odontólogos de Venezuela, efectuada en la ciudad de San Felipe, Estado Yaracuy, los días 13, 14 y 15 de Agosto de 1992.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2009). *Gaceta Oficial* N° 36.860 Extraordinario. 5 de agosto de 2009.
- García, A., Bujaldón, A.L., Rodríguez A. (2016). Parámetros clínicos y periodontales predictores de la severidad de la recesión gingival (RG). *Gac Med Mex*; 152: 51-58.
- García, S., Cayturo, C., Gutiérrez, M, Medina, K., Orrego, G. (2015). El biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la Clínica de Posgrado de la UNMSM, Lima-Perú. *Rev T*

- García S., Morales E., Bravo F. (2012). Incidencia de recesiones gingivales en la clínica odontológica de la UNMSM. Actualidad Odontológica y Salud. Descargado desde: <http://www.actualidadodontologica.com/0908/articulo3.shtml> .
- Hernández, I., Lumbreras, B., Jarrín, I. (2014). La epidemiología en la salud pública del futuro. Rev Esp Salud Publica; 80(5): 469-474.
- Hernández Sampieri, Fernández, C., Baptista, P. (2009). Metodología de la Investigación. (7ª edición). México: McGraw-Hill Interamericana
- Ley de Ejercicio de la Odontología (1970). Gaceta Oficial N° 29.288. 10 de agosto de 1970.
- Malagón G., Moncayo, A. (2011). Salud Pública: Perspectivas. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Martínez, N., Antó, J., Castellanos, P., Gili, M.. (2010). Salud Pública y Epidemiología. 3ª edición. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.
- Méndez, L., Arciniega, M. (2013). Enfermedad periodontal en pacientes fumadores con prótesis fija de la Clínica Integral del Adulto VII de la Universidad José Antonio Páez en el período julio-octubre 2013. Trabajo de Grado no publicado. San Diego, Venezuela: Universidad José Antonio Páez.
- Miller, P. (1985). A classification of marginal tissue recession. Int J Periodont Restorat Dent; 5(2): 8-13.
- Miller, P. (2010). Cirugía Plástica Periodontal de Reconstrucción y Regeneración. Cirugía Mucogingival. 3 edición. México: Editorial Interamericana.
- Molina, M., Ochoa, C. (2014). Fundamentos de Medicina basada en la Evidencia. Rev. Evidencias en Pediatría; 10(3): 52-58.
- Newman, M., Takei, H., Klokkevold, P., Carranza, F. (2014). Periodontología Clínica de Carranza. 10ª edición. Madrid: Amolca.
- Orozco, J. (2016). Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud. Descargado desde: <http://www.eumed.net/libros/2016c/199/.htm>.
- Parella S., Martins, F. (2009). Metodología de la Investigación Cuantitativa. (4ª edición). Caracas: FEDUPEL
- Rothman, K., Greenland, S., Lash, T. (2008). Epidemiología Moderna. 3ª edición. Madrid: Lippincott.

- Sarfati A., Bourgeois D., Katsahian S., Mora F., Bouchard P. (2013): Risk assessment for buccal gingival recession defects in an adult population. *J Periodontol*; 81(10): 1419-1425.
- Sierra, C. (2009). *Cómo realizar el proyecto de investigación*. (3ª edición). Maracay: Insertos Médicos de Venezuela
- Tamayo y Tamayo, M. (2007). *El proyecto de investigación*. (5ª edición). México: Limusa.
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2011). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales*. (7ª edición). Caracas: FEDUPEL
- Villa, A., Moreno, L., García, G. (2012). *Epidemiología y Estadística en Salud Pública*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Wennström J., Pini Prato, G. (2010). *Terapia mucogingival - cirugía plástica periodontal*. En Lindhe J. y Lang N. (comp.): *Periodontología clínica e implantología odontológica*. (5ª edición). Barcelona, España: Masson.

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Cuadro 1.

Sistematización de las Variables

Objetivos Específicos	Variables	Definición Conceptual
Clasificar los factores etiológicos de recesión gingival en los pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez	Recesión gingival	Alteración en la cual se produce un desplazamiento del margen apical de la encía a la unión amelocementaria
Categorizar la severidad de la recesión gingival en pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez		
Determinar la frecuencia de localización de la recesión gingival en pacientes que acudan a la Clínica Integral de la Universidad José Antonio Páez		

Cuadro 2.

Operacionalización de las Variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Criterios
Recesión gingival	Clínica	Factores predisponentes	Edad Género Biotipo gingival Maloclusión
		Factores precipitantes	Cepillado traumático Higiene oral: Cálculo subgingival y supragingival Enfermedad periodontal: Aspectos clínicos de la recesión gingival Pérdida ósea Sangrado al sondaje Movilidad dental.
		Severidad	<u>Clasificación de Miller:</u> Clase I: Recesión que no sobrepasa la línea mucogingival, sin pérdida de hueso ni de tejido blando interdental. Clase II: Recesión que llega hasta la línea mucogingival o la excede; no hay pérdida de hueso ni de tejido blando interdental. Clase III: Recesión que llega hasta la línea mucogingival o que la sobrepasa; la pérdida de hueso o de tejido blando interdental es apical respecto a la unión amelocementaria, pero coronal respecto a la extensión apical de la recesión. Clase IV: Recesión que sobrepasa la línea mucogingival. La pérdida de hueso interproximal se localiza apical a la recesión.
		Localización	Arcada superior Arcada inferior

ANEXO B INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

1



UNIVERSIDAD ROSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO

N° de historia _____
FECHA _____

HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ CI: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Lugar y fecha de nacimiento: _____ Procedencia: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Teléfono: _____ Celular: _____
 Nombre de un familiar: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____

MOTIVO DE CONSULTA:

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANAMNESIS

Padece Usted o ha padecido de	SI	No	Especifique
¿Alteraciones cardiovasculares?			
¿Hemorragias o sangrados frecuentes?			
¿Anemia u otra alteración sanguínea?			
¿Enfermedades renales?			
¿Enfermedades hepáticas?			
¿Asma o alguna dificultad para respira?			
¿Enfermedades respiratorias?			
¿Diabetes Mellitus?			
¿Hipertensión?			
¿Dolores de cabeza frecuentes, migrañas, jaquecas?			
¿Fiebre reumática?			
¿Enfermedades infecciosas?			
¿Enfermedades de transmisión sexual?			
¿Enfermedades gastrointestinales?			
¿Dolores de oído frecuentes o zumbidos?			
¿Se le inflaman los pies o articulaciones frecuentemente?			
¿Enfermedades de los senos paranasales (sinusitis)?			
¿Respirador bucal?			
¿Padece usted alguna enfermedad congénita?			
¿Tiene algún tipo de desarreglo hormonal?			
HISTORIA GENERAL			
¿Alguna vez ha estado gravemente enfermo?			
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?			
¿Toma más de 8 vasos de agua al día?			
¿Toma frecuentemente aspira o similar?			

¿Grana frecuentemente durante el día (más de 6 veces)?			
¿Está tomando algún tipo de medicamento o está bajo algún tratamiento médico?			
¿Se cansa fácilmente al realizar algún esfuerzo físico?			
¿Hay algún alimento que usted no pueda comer?			
¿Se siente nervioso durante la consulta?			
¿Es alérgico a alguna sustancia o medicamento?			
¿Esta usted embarazada?			
¿Toma algún tipo de terapia hormonal o anticonceptivos?			
HABITOS			
¿Fuma?			
¿Consume alcohol?			
¿Se muerde as uñas?			
¿Se muerde los labios?			
¿Abre cosas con los dientes?			
¿Otros?			
HISTORIA BUCAL			
¿Ha presentado alguna reacción al anestésico local?			
¿Ha presentado mal olor o sabor de boca (halitosis)?			
¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?			
¿Le sangran las encías frecuentemente?			
¿Siente que sus dientes se mueven?			
¿Tiene sensibilidad o dolor en alguno de sus dientes?			
¿Consumo muchos alimentos ácidos, calientes o fríos?			
¿Siente resequedad en la boca frecuentemente?			
¿Siente molestias por ulceraciones en la boca?			
¿Le molesta o le suena la mandíbula al masticar?			

Observaciones: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padece o ha padecido	Si	No	Especifique
Alteraciones cardiovasculares.			
Enfermedades hemorrágicas.			
Alteraciones renales, hepáticas o gastrointestinales.			
Diabetes Mellitus.			
Hipertensión o Hipotensión arterial.			
Enfermedades infecciosas			
Enfermedades de transmisión sexual			
Alergias.			
Cáncer.			

Observacion: _____

Paciente.

Odontólogo.

SIGNOS VITALES

Frecuencia Respiratoria _____

Pulso _____

Temperatura: _____

Tensión Arterial _____

EXAMEN CLINICO EXTRABUCAL (cabeza y cuello)

Observaciones:

Aspecto del paciente. (cara ,talla, peso, biotipo)	_____ _____ _____ _____
Cabeza y Cara. (Forma, tamaño, inserción del cabello)	_____ _____ _____ _____
Ganglios linfáticos. (tamaño, consistencia, movilidad, localización y dolor)	_____ _____ _____ _____
Palpación tiroidea. (tamaño, consistencia, movilidad, superficie, dolor)	_____ _____ _____ _____
Palpación muscular. (Tono muscular, dolor)	_____ _____ _____ _____
Articulación temporomandibular (Ruidos articular, movimientos patológicos mandibulares, dolor)	_____ _____ _____ _____

EXAMEN CLINICO INTRABUCAL.

Observaciones:

Labios y comisura labial (Patología o aspecto general)	_____ _____ _____ _____		
Cartillos. (Patología o aspecto general)	_____ _____ _____ _____		
Paladar Duro y paladar blando. (Patología o aspecto general de la mucosa)	_____ _____ _____ _____		
Región Amigdalina. (Patología o aspecto general de la mucosa)	_____ _____ _____ _____		
Lengua y piso de boca. (Patología o aspecto general de la mucosa)	_____ _____ _____ _____		
Maxilares. (Tipo y forma)	_____ _____ _____ _____		
Saliva. (Presencia, Viscosidad, Color)	_____ _____ _____ _____		
Oclusión. (Relación molar, Proyección, Perfil)	Clase I	Over jet:	Perfil:
	Clase II		
	Clase III	Over bite:	
	Borde a borde		

EXAMEN DE LAS ENCIAS.

EXAMEN PERIODONTAL: Describir alteraciones de la encía

C O L O R	

C O N S I S T E N C I A	

C O N T O R N O	

T A M A Ñ O	

T E X T U R A	

P O S I C I O N	



TENDENCIA AL SANGRADO: No: ____ Si: ____ % ____
PRESENCIA DE PLACA BACTERIANA: No: ____ Si: ____

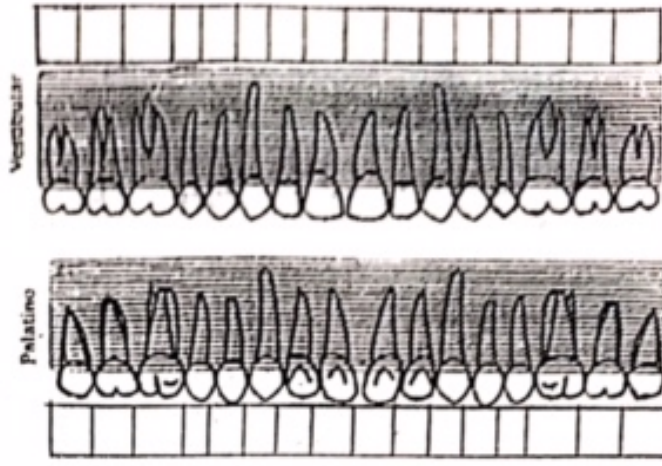
PERIODONTODIAGRAMA

INGRESO _____
FECHA _____

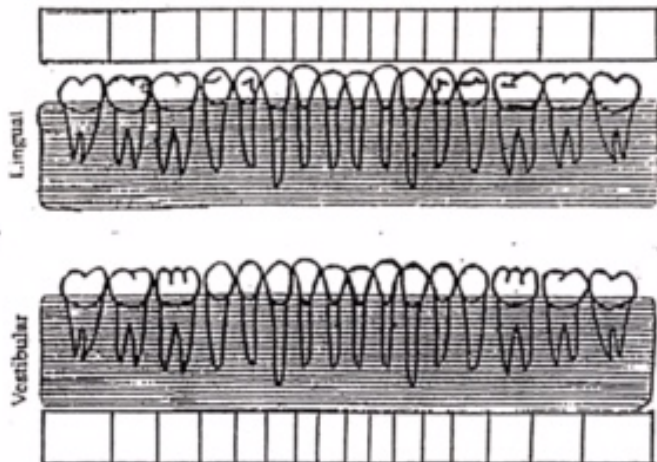
Superiores

CLAVE PARA EL EXAMEN CLINICO

- 1.-Marcar las ausentes dentales
- 2.-Indicar los dientes por extraer con una X en rojo
- 3.-Dibujar el margen gingival con una línea roja continua, acentuando las alteraciones: inflamación, recesiones
- 4.-Marcar con puntos la profundidad de sondaje y unirlos con una línea negra continua
- 5.-Movilidad Dentaria: I, II o III
- 6.-Frémus (Fr)
- 7.-Acentuar en azul las zonas con Lesión de furca: Horizontal F1, F2 o F3 y Vertical, A, B, C
- 8.-Indicar con la inicial el tipo de exudado: Hemorrágico, Purulento
- 9.-Abscesos
- 10.-Fístulas
- 11.-Dienta para tratamiento endodóntico, dibujar conducto en rojo y los que están presentes en azul
- 12.-Indicar con la inicial; Abrasion, Erosión, Abfracción
- 13.-Diastema, II
- 14.-Infrapoclusión, extrusión, inclinación, rotación, indicarlo con una flecha en el recuadro, según la dirección del diente
- 15.-Contactos prematuros evidentes: acentuar la zona en azul
- 16.-Cúspide embolo: acentuar en azul
- 17.-Espacio Cerrado: 
- 18.-Empaquetamiento de alimentos: E
- 19.-Rebordes marginales desiguales:
- 20.-Restauraciones sobreextendidas
- 21.-Prótesis Fija: 
- 22.-Prótesis Removible:
- 23.-Prótesis Defectuosas: PD
- 24.-Dentición Primaria: DP

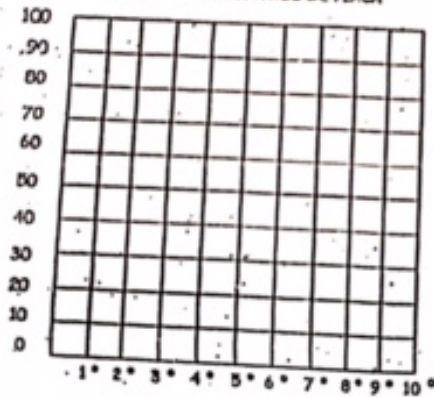


Inferiores



Observaciones: Indicar las alteraciones en la zona del diente afectado bucal, o clusal o lingual
Las letras o signos explicativos deben ir en el recuadro correspondientes a cada diente

REGISTRO DE CONTROL DE PLACA



ANTES DE LA FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO

DESPUES DE LA FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO

CONTROLES:

Indice Anterior _____ % Indice Actual _____ %

Indice Anterior _____ % Indice Actual _____ %

Indice Anterior _____ % Indice Actual _____ %

Indice Anterior _____ % Indice Actual _____ %

Indice Anterior _____ % Indice Actual _____ %

Indice Anterior _____ % Indice Actual _____ %



UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGIA
 ANEXO DE OCLUSION-HOJA DE REGISTRO DE OCLUSION

I. INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA	
	CIN	
	EDAD	

II. EXAMEN DE LA ATM

MOVIMIENTO	RUIDOS ARTICULARES				
	NINGUNO	CLICK	CREPITACION	DERECHA	IZQUIERDA
En apertura					
En cierre					
En lat Der.					
En lat Izq.					
En protrusion					

DOLOR						
PRESENTA DOLOR		SI	NO			
Tipo de dolor	Leve	Moderado	Severo	Agudo	Sordo	Pulsatil
Quando	Al levantarse	Cuando come	Antes de dormir	Después de comer	Cuando duerme	Al bostezar
Ubicación	Localizado	Difuso	Unilateral	Bilateral		
Frecuencia	Ocasional	Diario	Semanal	Mensual		
Duración	Minutos	Horas	Dias	Siempre		
Severidad	Al inicio	Aumenta	Disminuye			

HABITOS PARAFUNCIONALES				
Brujismo	Degl. atipica	Succión pulg.	Onicofagia	Queilofagia
Mord. carrillos	Morder objetos	Mascar chicle		

Observaciones:

III. EXAMEN MUSCULAR

Clave para determinar el tipo de dolor a la palpación:

Sin dolor	Dolor leve	Dolor moderado	Dolor severo
0	1	2	3

MUSCULOS	DERECHO	IZQUIERDO
Temporal		
Masetero		
Digastrico		
Pterig. Lateral		
Pterig. Medial		

Observaciones:

IV. OCLUSION Y EXAMEN CLINICO

CLASIFICACION DE ANGLE	I	II	III	Modificación:	
TIPO DE MORDIDA	Abierta	Borde a borde	Cruzada		
DISCREPANCIA ENTRE RC/DC	Si	No			
DESVIAC. LINEA MEDIA	Normal	Derecha/mm		Izquierda/mm	
DIMENSION VERTICAL	Normal	Aumentada	Disminuida		
Espacio libre	mm	Overjet/mm	Overbite/mm		
MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD					
GUIA CANINA	Derecha	Izquierda			
FUNCION DE GRUPO	Derecha	Izquierda	Total	Parcial	
INTERFERENCIAS	Lado de trabajo		Lado de balance		
GUIA ANTERIOR	Si	No			
INTERFERENCIA EN PROTRUSIVA	Si	No	Anótelas:		
FACETAS DE DESGASTE	Atricción	Abrasión	Erosión	Abfracción	
SENSIBILIDAD DENTARIA	Dientes:				
FRACTURAS DENTARIAS	Dientes:				

MOVIMIENTOS LIMITES			
MOVIMIENTO		DOLOR	
Apertura máxima	mm.	Derecha	Izquierda
Máxima lateralidad der.			
Máxima lateralidad izq.			
Máxima protrusión.			

V. ANALISIS DE LOS MODELOS EN ARTICULADOR SEMIAJUSTABLE.

ARCADA	FORMA	TIPO	SIMETRICA	ASIMETRICA	COMPLETA	PARCIAL
SUPERIOR						
INFERIOR						
Dientes ausentes (anotar):						
ANOMALIAS DE POSICION	MIGRADOS	INCLINADOS	ROTADOS	VERSION	APIÑAMIENTO	
	Diastemas:					
Dientes en infraoclusion:						
Dientes en supraoclusion:						
Rebordes marginales desiguales:						

Diagnostico presuntivo:
Diagnostico diferencial:
Diagnostico definitivo:

Pronostico:
Plan de tratamiento:

VI. INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Semestre	Sección
---------------------	---------------------	----------	---------

VII. INFORMACION DEL PROFESOR

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Firma y sello
---------------------	---------------------	---------------

