

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS RECESIONES  
GINGIVALES EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS DE EDAD  
ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA  
VEGA**

**TESIS PARA OPTAR POR  
EL TÍTULO DE CIRUJANO- DENTISTA**

**PRESENTADO POR LA:**  
Bach. Ashley Zulema, OSORES GÓMEZ

**ASESOR:**  
Dra. Anita Kori Aguirre

**LIMA – PERÚ  
2020**

## **Dedicatoria**

*En primer lugar, a DIOS por haberme bendecido con la familia que tengo, quienes han sido mi soporte en cada momento difícil durante todo mi periodo de estudio.*

*A mi mamá por amarme a pesar de la lucha que le di, educarme, darme la fuerza y confianza para creer en mí, por inculcarme los valores que me han hecho la mujer que soy ahora.*

*A mi papá por trabajar muy duro para darme una carrera a mí y a mis hermanos, por darme todas las facilidades para estudiar sin limitaciones, escucharme y aconsejarme siempre.*

*A Ítalo por estar conmigo siempre en estos casi 3 años, apoyarme y sacarme una sonrisa en los momentos más difíciles para mí, te amo mucho.*

*A Daniella y Adrián mis mejores amigos de la Universidad, gracias por ser incondicionales y estar para mí siempre, dándome un consejo o simplemente escuchándome cuando lo necesitaba.*

*A toda mi familia que esta detrás de mis logros y a aquellas personas que Dios puso en mi camino.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Anita Kori Aguirre por sus conocimientos, su paciencia, profesionalismo y su motivación que han permitido que culmine con mi investigación.

Al Dr. Freddy Campos Soto, por su predisposición, paciencia y colaboración a la hora de realizar la parte estadística con gran profesionalismo.

A todas las personas que contribuyeron para que esta investigación se realizara con éxito.

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
<b>N°01</b>	Distribución de participantes según edad.	<b>37</b>
<b>N°02</b>	Distribución de participantes según sexo.	<b>39</b>
<b>N°03</b>	Factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.	<b>40</b>
<b>N°04</b>	Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.	<b>42</b>
<b>N°05</b>	Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.	<b>44</b>
<b>N°06</b>	Asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.	<b>46</b>
<b>N°07</b>	Asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.	<b>48</b>
<b>N°08</b>	Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.	<b>50</b>
<b>N°09</b>	Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.	<b>52</b>
<b>N°10</b>	Factores de riesgo asociados a recesión gingival; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).	<b>55</b>

<b>N°11</b>	Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal de acuerdo al sexo; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).	<b>57</b>
<b>N°12</b>	Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal de acuerdo a la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).	<b>59</b>
<b>N°13</b>	Asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival de acuerdo al sexo; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).	<b>61</b>
<b>N°14</b>	Asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival de acuerdo a la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).	<b>63</b>
<b>N°15</b>	Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival de acuerdo a la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).	<b>65</b>
<b>N°16</b>	Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival de acuerdo al sexo; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).	<b>67</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
<b>N°01</b>	Distribución de participantes según edad.	<b>38</b>
<b>N°02</b>	Distribución de participantes según sexo.	<b>39</b>
<b>N°03</b>	Factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.	<b>41</b>
<b>N°04</b>	Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.	<b>43</b>
<b>N°05</b>	Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.	<b>45</b>
<b>N°06</b>	Asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.	<b>47</b>
<b>N°07</b>	Asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.	<b>49</b>
<b>N°08</b>	Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.	<b>51</b>
<b>N°09</b>	Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.	<b>53</b>

## ÍNDICE

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de Tablas	iv
Índice de Figuras	vii
Índice	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii

### **CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Riesgo	1
1.1.2 Encía	3
1.1.3 Recesión Gingival	6
1.2 Investigaciones	17
1.3 Marco Conceptual	20

### **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

2.1 Planteamiento del Problema	23
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	23
2.1.2 Definición del Problema	25
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	26
2.2.1 Finalidad	26
2.2.2 Objetivo General y Específicos	26
2.2.3 Delimitación del Estudio	28
2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio	28
2.3 Hipótesis y Variables	29

2.3.1 Hipótesis Principal y Específicos	29
2.3.2 Variables e Indicadores	31

### **CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

3.1 Población y Muestra	32
3.1.1 Población	32
3.1.2 Muestra	32
3.2 Diseño Utilizado en el Estudio	34
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	34
3.3.1 Técnica de Recolección de Datos	34
3.3.2 Instrumentos de Recolección de Datos	35
3.4 Procesamiento de Datos	36

### **CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1 Presentación de los Resultados	37
4.2 Contrastación de Hipótesis	54
4.3 Discusión de Resultados	68

### **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones	71
5.2 Recomendaciones	73
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	75
<b>ANEXOS</b>	81

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2019. La presente investigación es de descriptiva, transversal, prospectivo y observacional. Para realizar la ejecución del proyecto se trabajó con una muestra de 46 pacientes de 30 – 60 años, seleccionada de forma no aleatorio por conveniencia que fueron atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. El instrumento utilizado fue una hoja de recopilación de datos para determinar la asociación de la recesión gingival con diferentes factores de riesgo. En los resultados se observó que la mayoría presentaron fenotipo periodontal Tipo I y recesión gingival Tipo II que representó el 23.9%; índice de placa bacteriana regular y recesión gingival Tipo II representó el 23.9%; no presentaron frenillo aberrante y recesión gingival Tipo III representó el 39.1%. En la presente investigación se llegó a la conclusión que los factores de riesgo asociados a la recesión gingival más frecuentes son el fenotipo periodontal ( $P = 0.000$ ) y el índice de placa bacteriana ( $P = 0.001$ ). En el factor frenillo aberrante ( $P=0.168$ ) no hay diferencia significativa ( $p>0.05$ ).

Palabras clave:

Factores de Riesgo, Recesión Gingival.

## ABSTRACT

This study aimed to determine the risk factors associated with gingival recessions in patients aged 30-60 years treated at the Inca Garcilaso de la Vega University, 2019. This research is descriptive, cross-sectional, prospective, and observational. To carry out the project, we worked with a sample of 46 patients aged 30-60 years, selected non-randomly for convenience, who were treated at the Inca Garcilaso de la Vega University. The instrument used was a data collection sheet to determine the association of gingival recession with different risk factors. In the results, it was observed that the majority presented periodontal phenotype Type I and gingival recession Type II, which represented 23.9%; Regular bacterial plaque index and Type II gingival recession represented 23.9%; they did not present aberrant frenulum and Type III gingival recession represented 39.1%. In the present investigation, it was concluded that the most frequent risk factors associated with gingival recession are the periodontal phenotype ( $P = 0.000$ ) and the bacterial plaque index ( $P = 0.001$ ). In the aberrant frenulum factor ( $P = 0.168$ ) there is no significant difference ( $p > 0.05$ ).

Keywords:

Risk Factors, Gingival Recession.

## INTRODUCCIÓN

Se identifica a la recesión gingival como la retracción del borde gingival hacia apical. Pudiendo presentarse en uno o varios dientes y estar relacionada con una o más caras. Además se puede observar exposición de la raíz que podría originar dientes sensibles y caries radicular.<sup>1</sup>

La recesión gingival se incrementa con la edad. Su incidencia se modifica a partir de un 8% en niños llegando a un 100% en individuos de 50 a más años. Estudios actuales señalan que existe una prevalencia significativa en el incremento de las recesiones a nivel mundial.<sup>2</sup>

La etiología de las recesiones gingivales esta definida por factores predisponentes y factores desencadenantes. Estos factores predisponentes pueden ser anatómicos y a su vez estar relacionados a un trauma oclusal. Los factores anatómicos presentan poca encía adherida, maloclusión dentaria, apiñamiento, dehiscencias óseas e inserción aberrante de frenillos que provocan la retraimiento del margen gingival.<sup>2</sup>

Dentro de los factores desencadenantes tenemos a una inflamación periodontal, traumatismo por cepillado dental, iatrogenia, mal diseño de aparatología removible y movimientos ortodónticos inadecuados. Realizar una buena higiene oral es primordial para tener una encía sana, sin embargo no tener una correcta técnica de cepillado puede conllevar a la recesión gingival, con predisposición a que sea más habitual y considerable en los pacientes con encía sana, escasa placa blanda y cepillado bucal ideal.<sup>2</sup>

El presente estudio tuvo como finalidad determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en pacientes de 30 – 60 años de edad, para que de acuerdo a los resultados se pueda tomar las acciones necesarias para prevenir y mejorar la salud gingival de los pacientes de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

## **CAPITULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Marco Teórico**

#### **1.1.1 Riesgo**

##### **A. Concepto**

El riesgo en epidemiología corresponde a efecto, probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada, referido a través del indicador paradigmático de incidencia. Además, riesgo se define como "la posibilidad de peligro, frecuentemente, con una intimidación física para el individuo y/o entorno". En conclusión, el riesgo se compone en una forma presente de explicar el futuro, bajo el supuesto de que se puede disponer cuál sería el futuro deseable. <sup>3</sup>

##### **B. Factores de riesgo**

###### **- Generalidades**

Podemos encontrar factores de riesgo que deben tomarse en cuenta para un pronóstico más previsible acerca del curso que tomará la enfermedad.<sup>4</sup> La palabra riesgo se determina como la posibilidad de que un hecho suceda en la posteridad o la probabilidad de que un sujeto desarrolle una enfermedad que altere su estado de salud durante el transcurso de un tiempo determinado.<sup>4</sup>

## **- Concepto**

Se define como factor de riesgo a alguna muestra, particularidad o exhibición de una persona que incremente la posibilidad de padecer una lesión o enfermedad. Podemos mencionar la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua contaminada, la carencia de aseo, entre otros como los factores de riesgo más importantes.<sup>5</sup>

Este factor de riesgo podría ser propio para uno o diversos deterioros y también distintos factores de riesgo podrían incurrir para un solo deterioro.<sup>6</sup>

## **- Factores de riesgo de la enfermedad periodontal**

Hay factores específicos que pueden incrementar la amenaza de presentar enfermedades periodontales como: la cantidad de sarro o placa que va de acuerdo a como la persona realice el cepillado bucal, malposiciones dentarias, deterioros en furca, restauraciones desbordantes o aparatología fija o removible.<sup>7</sup> Asimismo, la severidad de la enfermedad periodontal se ve influida por diferentes factores:<sup>8</sup>

### **• Modificables:**

- Tabaquismo y alcohol.<sup>8</sup>
- Diabetes, síndrome metabólico y obesidad.<sup>8</sup>
- Déficit dieta de calcio o vitamina D.<sup>8</sup>
- Problemas económicos/social o estrés.<sup>8</sup>

### **• No modificables:**

- Genético.<sup>8</sup>
- Sexo y edad.<sup>8</sup>
- Ciertas alteraciones sistémicas.<sup>8</sup>

## • **Tabaquismo**

- Un individuo que no fuma muestra poco riesgo generar una enfermedad periodontal.<sup>8</sup>
- Un individuo que fuma < 10 cigarros por día presenta un riesgo regular de avance de enfermedad periodontal.<sup>8</sup>
- Un individuo que fuma > 10 cigarros por día tienen más riesgo de avance de enfermedad periodontal.<sup>8</sup>

## • **Diabetes mellitus**

- Presentar valores normales de glucemia o no haber sido diagnosticado con diabetes se vincula con menor riesgo de generar enfermedad periodontal.<sup>8</sup>
- Niveles de hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c) <7,0% en pacientes que tienen diabetes compromete en un avance moderado de periodontitis.<sup>8</sup>
- Niveles de HbA1c ≥7,0% en personas diabéticas puede generar un mayor avance en la enfermedad periodontal.

Alvear F., Vélez M., Botero L. en su investigación realizada en Antigua, cuyo objetivo fue elaborar una concisa supervisión de una literatura más notable acerca de los factores de riesgo que originan periodontitis. Se confirmó a los siguientes factores de riesgo: una diabetes mellitus no controlada, el tabaquismo y la afluencia de bacterias específicas en los tejidos periodontales.<sup>9</sup>

### **1.1.2. Encía**

#### **A. Generalidades**

Al formar parte de una mucosa masticatoria, esta reviste los procesos alveolares y rodea la parte cervical de los dientes.<sup>9</sup> Manifiesta una color rosa, de densidad firme, márgenes delgados en forma de festón que le permite adecuarse a la anatomía de los dientes.<sup>8</sup> La tonalidad puede

alterarse según la afluencia de melanina (epitelio), la vascularización y el nivel de queratinización.<sup>10</sup>

## **B. Concepto**

Pertenece a la mucosa de la cavidad oral y tiene un epitelio plano estratificado; que esta a su vez puede estar con o sin queratina o paraqueratina. La encía en sentido coronario acaba en el margen gingival libre. En dirección apical sigue con la mucosa de revestimiento vestibular o alveolar (que es más móvil o laxa) y esta definida por medio de una línea ondulada, la unión mucogingival.<sup>11</sup> En la cara lingual hay una delimitación similar, pero no tan expuesta, con la mucosa que tapiza el suelo de boca. En el paladar, la mucosa converge con la mucosa palatina y no hay una delimitación clara, pues las dos son mucosas del tipo masticatorio.<sup>11</sup>

## **C. Tipos**

### **- Encía marginal o libre**

Es el borde terminal de la encía que envuelve a los dientes a manera de un collar. Alrededor del 50% de los casos, se señala a partir de la encía adyacente adjunta a través de una depresión lineal poco profunda llamada surco gingival libre. Además, frecuentemente mide aprox. 1 mm de ancho y conforma la pared de tejido blando del surco gingival. El lugar más apical de la escarpela gingival marginal se denomina el cenit gingival. Sus volúmenes apicocoronar y mesiodistal pueden estar entre 0.06 y 0.96 mm.<sup>12</sup>

### **- Encía adherida**

Es fija, elástica y firmemente junta al periostio perteneciente al proceso alveolar. La superficie facial de la encía adherida esta delimitado por la unión mucogingival. También es importante el ancho de la encía adherida; es el espacio entre la unión mucogingival y la proyección en

la superficie externa de la parte inferior del surco gingival o la bolsa periodontal. No podemos equivocarnos con el ancho de la encía queratinizada, porque también comprende a la encía marginal. El ancho de la encía adherida en la superficie facial se distingue en las diferentes zonas de la cavidad bucal. Usualmente es más grande en la parte incisiva y más estrecha en las porciones posteriores.<sup>12</sup>

#### **- Encía Interproximal**

Es aquella que se ubica en la tronera gingival, definida como el espacio interproximal. Frecuentemente, la encía interdental es de forma piramidal. La apariencia de la encía dentro del espacio interdental dependerá de la ausencia o presencia de un punto de contacto entre las piezas dentales contiguas, la distancia que hay entre el punto de contacto y la cresta ósea, y la ausencia o presencia de cualquier grado de recesión, determina las alteraciones en la encía interdental normal.<sup>12</sup>

### **D. Enfermedades Periodontales**

#### **- Concepto**

Se define como enfermedad periodontal a la alteración que perjudica las partes de inserción del diente; además que podría originar una consecuencia destructiva del huésped por una manifestación bacteriana, ocasionando la pérdida de inserción ósea, periodontal y finalmente la posibilidad de pérdida piezas dentales.<sup>13</sup>

#### **- Tipos**

- **Gingivitis**

La gingivitis es una inflamación de la encía en distintos niveles de intensidad sin causar daño al ligamento, cemento y hueso; donde se puede observar inflamación y sangrado al sondaje.<sup>14</sup> También

podría desarrollarse un agrandamiento de la encía por el edema, ocasionando el desplazamiento coronal del margen gingival en relación a la CEJ, en esta no encontramos formación de la bolsa periodontal con pérdida de inserción y hueso. Debemos observar con detenimiento la profundidad de la bolsa al realizar el sondaje (hasta 3.9 mm) para excluir “pseudobolsas periodontales”, también la pérdida ósea radiográfica.<sup>14</sup>

- **Periodontitis**

En la periodontitis hay una inflamación de la encía y el periodonto de soporte, dañando de manera importante los tejidos de soporte y conectivo gingival.<sup>14</sup> Entonces como consecuencia patognomónica vemos inflamación de la encía, sondaje con sangrado, bolsa periodontal, pérdida de inserción y pérdida ósea radiográfica. En tanto si viéramos estos signos se tiene que ejecutar el diagnóstico de periodontitis. Además podría observarse recesión gingival, prurito, movimiento de los dientes y dolor.<sup>14</sup>

### **1.1.3 Recesión Gingival**

#### **A. Concepto**

La Academia Americana de Periodoncia describe a la recesión gingival como el desplazamiento del borde gingival apical hacia unión amelocementaria con la exhibición de la parte radicular a la zona bucal.<sup>2</sup> También es llamada recesión periodontal por presentar daños en el hueso alveolar y el cemento radicular. Esta puede presentarse de manera localizada o generalizada; además de manifestarse en una o más caras del diente.<sup>1</sup>

#### **B. Características clínicas**

La recesión gingival puede estar presente en algunos dientes por separado; sin embargo, cuando está generalmente presente, a menudo

afecta a un segmento entero en el arco dental, por lo que se retrae horizontalmente la fijación del tejido periodontal, incluidas las papilas gingivales. En cuanto a la distribución y forma, también podrían ser:<sup>15</sup>

- **Retracción gingival local**

- **Forma de V**

Traumatismos oclusales, especialmente en pacientes con bruxismo y hábitos de apretamiento. En casos de migración apical severa, la recesión en forma de V se le conoce como hendidura de Stillman.<sup>16</sup>

- **Forma de U**

Generalmente se asocia con enfermedad periodontal inflamatoria crónica, cepillado dental inadecuado o inserción inadecuada del frenillo. Hay casos de retracción en forma de U en la que el área de exposición a la raíz esta rodeada por un festón periférico formado por tejido gingival inflamado e inflamado como respuesta a la acumulación de placa dental local. Algunos estudios clásicos encontrados en la literatura de Periodoncia se refieren a la condición antes mencionada como "festón de McCall".<sup>16</sup>

- **Retracción gingival generalizada**

- **Forma horizontal**

Asociada con la enfermedad periodontal destructiva crónica inflamatoria.<sup>16</sup>

### **C. Clasificación según Dr. Francesco Cairo 2011**

- Recesión tipo 1: No presenta pérdida de unión interproximal, el límite amelocementario proximal no se observa.<sup>17</sup>
- Recesión tipo 2: Presenta pérdida de unión interproximal. Esta pérdida es menor o igual que la vestibular, midiéndose desde el límite amelocementario (proximal y vestibular) hacia la profundidad del surco proximal.<sup>17</sup>
- Recesión tipo 3: Hay una pérdida proximal mayor que la vestibular, que se miden a partir del límite amelocementario hacia la profundidad de bolsa. <sup>17</sup>

También Cairo consideró el grado de inserción proximal. La recesión tipo 1 diferencia a pacientes sanos; recesión tipo 2 y recesión tipo 3 esta vinculada a enfermedad periodontal.<sup>17</sup>

### **D. Etiología de las recesiones gingivales**

- **Factores predisponentes**
  - **Frenillos de inserción aberrante**

En algunas oportunidades la inserción de frenillos ocasiona daños en el área oral; aun así, si se presenta podría formar alteraciones protésicas, fonéticas, ortodónticas y periodontales. Cuando dicho frenillo se introduce próximo al borde gingival modifica el chequeo de la placa, también incrementa la rigidez muscular; dando como resultado la pérdida total de papila. Además se incrementa la formación de una recesión por la tensión sobre el hueso marginal vestibular.<sup>18</sup>

Castro Y. y Grados S. en su estudio realizado en Lima – Perú, en el año 2017, determinó la relación entre frenillos labiales y periodonto.<sup>18</sup>

En esta investigación se determinó las correlaciones entre las pérdidas papilares, recesiones gingivales, tipo y altura de los frenillos; concluyeron que no hay asociación entre las variables.<sup>18</sup>; Recesión gingival - altura de los frenillos; pérdida papilar - altura de los frenillos.<sup>18</sup>

- **Maloclusión**

La maloclusión es la diferencia entre tamaño de los dientes y la longitud del arco y / o posición del diente que deriva en una mala alineación y relaciones anormales de contacto entre los dientes.<sup>19</sup> en los que se encuentra una mordida profunda, cruzada, abierta, borde a borde y apiñamiento. En el caso del apiñamiento puede ser primario o hereditaria, este último está definido genéticamente y está determinada por los dientes de manera desmesurada del tamaño de los dientes y hueso alveolar. Un apiñamiento secundario es una anomalía que se obtuvo por la pérdida prematura de dientes o el desplazamiento lingual o distal de los dientes anteriores. Y un apiñamiento terciario puede estar ocasionado por un tercer molar incluido. En ocasiones se puede presentar un apiñamiento en combinación de estas condiciones donde también puede existir la presencia de recesión gingival.<sup>19</sup>

- **Fenotipo periodontal**

Este se define por el fenotipo gingival (ancho del tejido queratinizado, grosor gingival y el grosor de tabla ósea vestibular). Un fenotipo periodontal delgado tiene más predisposición a generar una recesión sin embargo tener un fenotipo periodontal grueso tampoco lo hace más fuerte a una inflamación de procedencia microbiana.<sup>20</sup>

## Tipos

Una manera más fácil para examinar el fenotipo periodontal es observar el grosor gingival insertando una sonda periodontal dentro del surco; debemos introducir la sonda periodontal en el surco y observar que trasluzca por medio del tejido periodontal:<sup>20</sup>

- Fenotipo fino festoneado
  - Corona triangular delgada, convexidad cervical sutil, contacto interproximal cerca del borde incisal y una zona estrecha TQ, encía delgada y delicada, y un hueso alveolar relativamente delgado.<sup>21</sup>
  - Sonda visible ( $\leq 1$  mm).<sup>20</sup>
  - En fenotipos delgados desarrollan recesiones gingivales.<sup>21</sup>
  
- Fenotipo grueso festoneado
  - Encía fibrótica gruesa, coronas alargadas, zona estrecha de TQ, y un festón gingival pronunciado.<sup>21</sup>
  - Sonda no visible ( $> 1$  mm).<sup>20</sup>
  - En fenotipos periodontales gruesos son más predispuestos a generar bolsas periodontales.<sup>21</sup>
  
- Fenotipo grueso plano
  - Coronas en forma cuadrada, convexidad cervical pronunciada, contacto interproximal grande localizado más apicalmente, una amplia zona de TQ, encía gruesa y fibrótica, y un hueso alveolar comparativamente grueso.<sup>21</sup>

- **Fenestraciones y dehiscencia alveolar**

Se define como dehiscencia alveolar a un defecto óseo que se sitúa en la parte apical donde el diente solo esta cubierto por periostio y encía; en tanto una fenestración se presenta como una abertura de hueso expuesta a la cavidad bucal. Con estos precedentes, se eleva las posibilidades de generar una recesión. Hay una mayor incidencia en dientes mal posicionados en boca, como ocurre en los caninos expuestos a movimientos ortodónticos; además que no erupcionaron en su posición ideal.<sup>16</sup>

- **Banda de encía adherida estrecha**

Pertenece a la mucosa que envuelve el proceso alveolar, compuesta por tejido conectivo rico en colágeno recubierta por una capa de epitelio queratinizado. Es el trayecto a partir del margen gingival hacia la línea mucogingival. El tejido queratinizado insuficiente se consideraba de alto riesgo para el progreso de una recesión gingival y que mínimo 2 mm de ancho de encía queratinizada es apropiado para la conservación de la salud gingival.<sup>22</sup> No obstante, se ha visto que para tener una buena salud periodontal, no depende del ancho de la encía y que se podría conservar sin recesión gingival creciente si se controla el cepillado traumático y la inflamación, ya que si se presentan estos factores si ocasionaría una recesión gingival.<sup>23</sup>

- **Factores desencadenantes**

- **Traumatismo por cepillado dental**

Aun cuando el cepillado frecuente podría considerarse como un indicador de buena salud oral, se ha demostrado que cuando el cepillado es realizado con una técnica inadecuada, es la

responsable de la aparición de recesiones gingivales y tenemos entonces, que personas que creen estar realizando un buen trabajo por su salud bucal, en realidad se están provocando un daño. Así la utilización de un cepillo con filamentos duros junto con una higiene oral vigorosa pueden causar recesión gingival, especialmente si existe asociado a este una mal posición dentaria.<sup>24</sup>

En individuos que estén periodontalmente sanos, si no se tiene una correcta técnica de cepillado, la recesión gingival puede presentarse usualmente en la cara vestibular de las piezas dentales; donde se ve expuesta la superficie radicular con apariencia de cuña a la altura del surco gingival observándose una zona pulida.<sup>25</sup>

#### – **Técnicas de cepillado dental**

##### ▫ **Movimiento Horizontal**

##### **Técnica Horizontal o de Zapatero**

En esta técnica las cerdas del cepillo se ubican en un ángulo de 90° encima de la cara vestibular linguopalatina y masticatoria de las piezas dentales. Después se realiza varios movimientos de vaivén en toda la arcada. Se distribuye en sextantes y hacer mínimo 20 movimientos por cada zona.<sup>26</sup>

##### ▫ **Movimiento vibratorio**

##### **Técnica de Charters**

Su finalidad es eliminar la placa bacteriana interproximal.<sup>26</sup> Las cerdas se sitúan en un ángulo de 45° en relación al eje mayor del diente pero orientado a la parte incisal, oprimiendo suavemente para que las cerdas ingresen a la

zona interproximal. Se requiere enjuague enérgico para la eliminación de toda la placa.<sup>26</sup>

### **Técnica de Bass**

Las cerdas se ponen en un ángulo de 45°, estos ingresan a los espacios interproximales además del surco gingival.<sup>26</sup> Ejecutándose vibraciones a lo largo de 15 segundos de dos en dos. En la zona de los molares se cepilla con movimientos de frotación de adelante a atrás. <sup>26</sup>

### **Técnica de Stillman**

Como en Bass pero los filamentos se ubican 2 mm sobre el borde gingival, ósea, sobre la encía adherida. A diferencia que la técnica anterior realizaremos más presión hasta visualizar una palidez en los bordes gingivales. Se conservara los movimientos vibratorios por 15 segundos por cada 2 dientes.<sup>26</sup>

#### ▫ **Movimiento vertical**

### **Técnica de Bass modificado**

Se coloca el cepillo en un ángulo de 45° con relación al eje axial de las piezas dentales, presionando suavemente contra el surco gingival. Se hacen movimientos de adelante hacia atrás pero sin mover el cepillo de su punto de apoyo. En las caras oclusales se realizará movimientos de fregado rápido.<sup>26</sup>

### **Técnica de Stillman modificado**

En esta técnica modificada ubicamos las cerdas del cepillo hacia apical en un ángulo de 45°, tapándolo parcialmente haciendo un poco de presión vibratoria, donde el cepillo va rotando progresivamente hacia oclusal.<sup>26</sup>

- **Movimiento circular o rotatorio**

### **Técnica de Fones**

Esta técnica sirve para el cepillado de las caras vestibulares, donde los dientes permanecen en posición de reposo y las cerdas del cepillo forman un ángulo de 90° con relación a la cara vestibular. Con respecto a las superficies masticatorias de los premolares y molares se hacen movimientos de vaivén.<sup>26</sup>

- **Trauma oclusal**

El trauma oclusal se define como una lesión no infecciosa que afecta la inserción de periodonto ocasionada por las fuerzas oclusales que traspasan su capacidad de adaptación. La oclusión traumática puede ocurrir en un diente con soporte normal (primario trauma oclusal) o en un diente con apoyo reducido (trauma oclusal secundario). Algunos autores han sugerido trauma oclusal también sería un factor etiológico en el desarrollo y empeoramiento de las recesiones gingivales.<sup>28</sup>

- **Enfermedades periodontales**

Como principal factor de riesgo de la recesión gingival tenemos a la enfermedad periodontal; definida como una enfermedad

inflamatoria. Conforme al nivel de compromiso podría originar que los tejidos de soporte de la pieza dental se pierdan en su totalidad.<sup>14</sup>

La pérdida de los tejidos causados por esta enfermedad comprende la pérdida de tejido de soporte, llevando a la migración gingival hacia apical y la exposición de la superficie de la raíz.<sup>14</sup>

Entonces, entendemos que la recesión gingival es una consecuencia de la enfermedad periodontal.<sup>14</sup>

- **iatrogenia ocurrida por tratamiento ortodóntico**

Movimientos bruscos que se realicen en el tratamiento ortodóntico originando variaciones en la forma del hueso periodontal, cuanto más frágil sea las cortical alveolar y la encía marginal, se incrementa más la posibilidad de originarse una retracción de la encía.<sup>29</sup>

- **Tabaquismo**

El tabaquismo no solo aumenta la posibilidad de originar periodontitis, además daña de forma muy significativa la respuesta a la terapia periodontal tanto quirúrgica como no quirúrgica. Como principal alteración tenemos a la retracción gingival y al agrandamiento epitelial.<sup>30</sup> Un 25-30% de las personas que fuman tienen recesión en la encía.<sup>30</sup>

Rojas J., Rojas L. e Hidalgo R. en su investigación en el año 2013, realizaron una indagación en el banco de información de Scielo y Medline a partir del año 1980 hasta febrero del 2013. Se revisaron artículos que fueran publicadas en revistas científicas, estas podían ser ensayos clínicos, revisiones o revisiones

sistemáticas. En los que encontraron que el 25-30% de los fumadores tenían recesión gingival.<sup>31</sup>

- **Piercing**

Los piercings puestos en lengua causaban una recesión gingival en la superficie lingual de los incisivos inferiores anteriores, además de un incremento en el fondo de las bolsas periodontales; en tanto aquellos piercings situados en labio inferior originaban una recesión en la superficie vestibular (incisivos inferiores) pero sin incrementar el fondo de las bolsas. Aquellas recesiones de los incisivos inferiores ubicadas en la superficie vestibular pueden formarse a partir de los 6 meses y 2 años después de la perforación.<sup>32</sup>

Ardila C. y Guzmán C en su estudio realizado en el año 2010 en Colombia, tuvieron como objetivo determinar la asociación entre piercing lingual y recesión gingival. Se concluyó que el piercing lingual posiblemente es un elemento importante para el desarrollo de una recesión gingival lingual de los incisivos inferiores.<sup>33</sup>

## **E. Consecuencias de las recesiones gingivales**

- **Sensibilidad dental**

La exposición de superficies radiculares predispone a que se forme caries. Además, la reducción del cemento expuesto a causa de la recesión origina un área dentinaria con sensibilidad, sobre todo cuando se toca.<sup>2</sup>

- **Acumulación de placa bacteriana**

Una recesión gingival interproximal forma áreas que podría aglomerar placa bacteriana, restos de alimentos y bacterias

específicas, en consecuencia, se crea un medio para el desarrollo de distintas enfermedades relacionadas con ellos. La eliminación de la placa bacteriana en zonas que presentan recesión gingival se dificulta debido a la hipersensibilidad de la zona.<sup>2</sup>

- **Caries radicular**

El hecho de que los dientes permanezcan mayor tiempo en la boca de la persona conlleva que haya más riesgo a la recesión gingival.<sup>34</sup> Quizá esto se deba a las distintas agresiones reiteradas que recibe la encía con el paso de los años (tratamiento periodontal, roce de alimentos cepillado, enfermedad periodontal, etc.). El resultado es el continuo desplazamiento del borde gingival en dirección apical; por consiguiente, una exposición radicular al medio bucal. Esto explicaría por qué existe más riesgo de caries radicular en la población adulta.<sup>34</sup>

- **Dificultades estéticas**

Una recesión de la encía podría dejar sensible a la raíz y la gingiva. Concuera además con el incremento del tamaño de la corona del diente que no va con el requerimiento estético del paciente.<sup>35</sup> Aquellos pacientes que presentan recesiones en el sector anterior se ven afectados en su calidad de vida.<sup>36</sup>

## 1.2 Investigaciones

**Bracho R., Gutierrez H., Borgues N., Hernandez N. (2015);** determinaron los factores de riesgo relacionados con la recesión gingival visible en adolescentes. Este fue un estudio relacional, de corte transversal. Se tuvo una muestra de 222 pacientes de sexo femenino y masculino, de 13 - 18 años, que se presentaron a los policlínicos “Cujicito” y “El Mamón”, Maracaibo, Venezuela. Haciéndose un examen clínico de acuerdo a los conocimientos de Smith, R. para la recesión Gingival.<sup>37</sup> Dando como resultado que un 78.4% eran personas de sexo femenino y 21.6% masculino. Un 33.3% fueron individuos de 18 años, 26.1% individuos de 13 años.<sup>37</sup> Se encontró que la prevalencia de recesión gingival visible fue de 86.9%. Aquellos casos que presentaban placa bacteriana y cálculo dental, el 86.9 y el 87.3%, tuvieron recesión gingival visible, los que tenían cepillado traumático presento un 100%. La prueba de significancia a través del Chi cuadrado para los factores de riesgo placa bacteriana y cálculo dental no tuvo valor porque hubo diferencias en los datos. Solo se usó el factor cepillado traumático que dio como resultado de 2.59 no significativo ( $p=0.1075$ ). Concluyendo que hubo un mayor porcentaje de recesión gingival visible que los mencionados por la literatura. Los casos reconocidos se encontraron asociados con placa bacteriana y cálculo dental.<sup>37</sup>

**García S., Caytairo C., Gutiérrez M., Medina K., Orrego G. (2015);** mostraron la asociación entre la recesión gingival y el biotipo periodontal. Eligiéndose a 50 pacientes de la Clínica de Posgrado de Periodoncia UNMSM. Además se examinó las piezas dentales de acuerdo al Índice de recesión de Miller. Después con una sonda periodontal se observó el biotipo periodontal según los siguientes sectores: anterosuperior, anteroinferior, posterosuperior y posteroinferior. Encontrándose una significativa relación entre la presencia de recesión y el biotipo fino, en las secciones posterosuperior y posteroinferior. ( $P=0.02$  y  $P=0.002$  respectivamente).<sup>38</sup> Además, se halló una asociación importante entre la existencia de recesión gingival e higiene oral en la parte anterior y posterior ( $P=0.003$  y  $P=0.012$  respectivamente).<sup>38</sup> Concluyendo que un factor

predisponente para el desarrollo de una recesión gingival en la parte posterior es el biotipo gingival fino en una muestra de población peruana.<sup>38</sup>

**Castro Y., Grados S. (2016);** evaluaron la prevalencia, extensión, severidad e indicadores de riesgo de recesiones gingivales en Lima. Tomándose como muestra a 318 adultos entre 25- 75 años a los que se examinaron. Se siguió con una ficha de recolección de datos y un examen clínico en la cara vestibular de todos los dientes. Entre los indicadores de riesgo examinados estuvieron: nivel de educación, género, estado socioeconómico, movimiento del cepillado, frecuencia de cepillado, frecuencia del uso de hilo dental y los tratamientos periodontales y ortodónticos previos. Los resultados que se obtuvieron fueron un 94,3% de prevalencia de recesiones gingivales, 44,8% la extensión, encontrándose con mayor frecuencia en el sector mandibular (54,2%); un  $3,86 \pm 0,45$  mm de severidad promedio de recesiones; el sexo masculino constató una relación importante con la severidad de las recesiones. Concluyendo que hay una alta prevalencia de recesiones gingivales en la población peruana. También se halló al género, movimiento del cepillado y el tratamiento ortodóntico previo como principales indicadores de riesgo.<sup>36</sup>

**Salvatierra K. (2018);** determinó la prevalencia de las recesiones gingivales asociadas a traumas mecánicos en pacientes de la UCSG semestre B-2017, a través de una evaluación oral. Donde tuvieron una muestra de 81 pacientes que presentaban recesiones gingivales, por medio de una revisión bucal. Un 58,03% estuvo constituida por personas de sexo masculino, 41,97% de sexo femenino. De acuerdo a la edad la agrupación con mayor presencia de recesiones es 46 a 55 años. La clase I de la clasificación de Miller tuvo más prevalencia. De acuerdo al biotipo periodontal; un 72,84% en el biotipo fino. La apariencia de recesión mayormente usual fue en V con 51,85%, trauma más frecuente; la maloclusión dental con 55,55%. Además se encontró semejanzas con investigaciones anteriores con relación a la clasificación de Miller, biotipo periodontal, edad y la prevalencia de género. Finalmente se concluye que el porcentaje de recesiones

gingivales se incrementa notablemente teniendo más edad, inclusive llegando a un 100% de prevalencia; pero no significa que un factor condicionante sea el envejecimiento, sin embargo, las alteraciones y enfermedades que aparecen a lo largo de la vida estén relacionadas a la formación de recesiones.<sup>39</sup>

**Navarrete D., Torres A. (2018)**;determinaron los factores de riesgo de la recesión gingival en adultos y su tratamiento. Esta investigación es de tipo descriptivo, observacional y correlacional. Se tuvo como muestra a 61 pacientes de las “Clínicas de Periodoncia” de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, con edades entre 18 y 60 años. Se examinaron 61 pacientes, en los que 30 que representaron el 49,2% fueron masculinos y 31 pacientes 50,8% femeninos.<sup>15</sup> Se determinó que el factor de riesgo principal asociado a las recesiones gingivales más frecuente en la muestra poblacional estudiada fue la enfermedad periodontal, asociándose a 18 individuos (29,5%), seguido por la oclusión traumática (24,6%), el cepillado traumático (19,7%) y luego por el biotipo fino (18%). Dada la alta prevalencia de la recesión gingival y el potencial terapéutico para manejar con éxito esta afección, diversos autores plantean que es fundamental que continuemos mejorando nuestra comprensión del origen, pronóstico y el trato de esta afección. Se pudo recalcar que la etiología de las recesiones gingivales es multifactorial además a que se debe en consecuencia de un factor que interviene independientemente o en conjunto.<sup>15</sup>

### **1.3 Marco Conceptual**

#### **- Encía:**

Una encía sana protege a la raíz del diente y al hueso alveolar a nivel de la corona - unión cemento-esmalte. Esta dividida en: encía adherida, encía marginal y encía interdental. Aunque cada una de ellas es distinta pero están dispuestas a actuar contra un daño microbiano o mecánico.<sup>12</sup> Es decir, los distintos tipos de encía muestra un impedimento para la filtración de agentes perjudiciales y bacterias al tejido más hondo.<sup>12</sup>

### **- Recesión gingival:**

Es una enfermedad donde se ve una disminución del tamaño de las encías; además de causar un compromiso en la estética de la persona, debido a que las encías disminuyen y dejan expuesta la superficie radicular y las piezas dentales muestran más la parte coronal.<sup>37</sup>

### **- Factores de riesgo de recesiones gingivales:**

Conformada por un conjunto de factores predisponentes y factores desencadenantes. Mencionando a los factores predisponentes podrían ser anatómicos y relacionados a un trauma oclusal. Dentro de los anatómicos esta una carencia de encía adherida, apiñamiento y malposición dentaria, dehiscencias óseas, prominencia radicular e frenillos de inserción alta provocando una tensión del borde gingival. Con relación al trauma oclusal contienen al hueso alveolar que rodea la raíz de la pieza dental dependiendo de la profundidad y tiempo del trauma.<sup>2</sup> Por último como factores desencadenantes se incluye a la inflamación, laceración gingival, cepillado traumático, márgenes subgingivales, iatrogenia, movimientos ortodónticos no controlados y diseño inadecuado de aparatología removible.<sup>2</sup>

### **- Fenotipo periodontal:**

En un principio se llamó biotipo periodontal porque lo asociaban con un tipo de encía gruesa y plana y otra del tipo delgada y muy festoneada, después algunos autores lo han denominado fenotipo periodontal ya que las características periodontales están predispuestas por la genética y ambiente.<sup>40</sup>

#### **- Clasificación según Cairo:**

- Recesión tipo 1: No presenta pérdida de unión interproximal, el límite amelocementario proximal no se observa.<sup>17</sup>
- Recesión tipo 2: Presenta pérdida de unión interproximal. Esta pérdida es menor o igual que la vestibular, midiéndose desde el límite amelocementario (proximal y vestibular) hacia la profundidad del surco proximal.<sup>17</sup>
- Recesión tipo 3: Hay una pérdida proximal mayor que la vestibular, que se miden a partir del límite amelocementario hacia la profundidad de bolsa.<sup>17</sup>

#### **- Índice de O'leary:**

Nos permite distinguir aquellas caras de la pieza dental que presenten placa dentobacteriana. En este registro no se toma en cuenta las superficies oclusales.<sup>41</sup> Para llevar a cabo este índice, en primer lugar entregamos una pastilla reveladora a la persona y este debe deshacerla en su boca para que se pinten aquellas caras con placa bacteriana.<sup>41</sup>

#### **- Frenillo de inserción aberrante:**

Los frenillos son bandas de tejido fibroso compuestos básicamente por fibras colágenas y elásticas; cuya función permite la unión entre la mucosa alveolar hacia la mucosa yugal y labial. Su tamaño, inserción y posición habitualmente no son considerados como patologías en la cavidad bucal; pero los frenillos aberrantes sí generan alteraciones en el periodonto de protección; como las recesiones gingivales, pérdidas papilares y alteraciones en la autoclisis bucal.<sup>44</sup>

## **CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **2.1 Planteamiento del Problema**

#### **2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

Las recesiones gingivales se caracterizan por el desplazamiento del margen gingival en sentido apical a la unión amelocementaria.<sup>1</sup> Puede presentarse en forma localizada y generalizada en cualquier cara del diente o hemiarcada.<sup>39</sup> Este desplazamiento produce sensibilidad dentaria, dolor, caries dental, retención de placa, entre otros y deja una imagen antiestética al paciente.<sup>45</sup> La recesión gingival es una condición de etiología multifactorial, sus factores predisponentes son aquellos que aumentan el riesgo de presentar recesiones como los frenillos, mal posición dentaria, biotipo periodontal delgado;<sup>46</sup> factores desencadenantes que pueden ser provocados como el traumatismo frente al cepillado dental enérgico, daño oclusal, enfermedades inflamatorias de tejidos gingivoperiodontales, iatrogenias ocurridas por tratamientos protéticos y ortodónticos.<sup>46</sup>

Se ha estimado que el 60% de la población mundial presenta recesiones gingivales, por lo cual es un problema que afecta a cualquier persona y en cualquier parte del mundo, su incidencia varía desde el 8% en niños, hasta 100% luego de los 50 años de edad. La SEDO (Sociedad Española de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial) señala como factores causantes de la recesión gingival: el factor genético "el más importante", edad, si tienen predisposición a la enfermedad periodontal, no la controlan y no mantienen una buena higiene, ni evitan los factores que la agravan, como el tabaco.<sup>47</sup>

A nivel Sudamérica, un estudio reciente realizado en Brasil presenta una realidad más cercana a nuestro medio, se encontró que el 89% de individuos examinados presentó recesión gingival con un promedio de 9 dientes afectados provocados por la placa bacteriana, cálculo dental o mal cepillado dental.<sup>48</sup>

En el Perú diversos estudios y tesis realizados indican que la prevalencia de recesiones gingivales es del 94,3% en pacientes entre 30 y 50 años, donde el género masculino evidenció una asociación significativa con la severidad de las recesiones y el factor de riesgo más predominante fue el cepillado y tratamiento de ortodoncia.<sup>36</sup>

A nivel de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega se dio en un 40% de pacientes que acudieron a realizarse diferentes tipos de tratamiento detectándose el problema de recesiones. Las consecuencias de la recesión gingival esta asociado a hipersensibilidad, pérdida de soporte dentario, estética, diversos factores como pérdida dentaria, halitosis, problemas mucogingivales.<sup>49</sup>

Si no se realiza la investigación puede ocasionar que esos factores de riesgo no sean detectados y tratados produciendo en el paciente que la enfermedad avance hasta un proceso crónico, en caso de realizarse la investigación va a beneficiar al paciente, alumno y universidad porque lograra tratar esos problemas y rehabilitar lo mejor posible la cavidad bucal, siendo de beneficio al paciente al realizarse un mejor tratamiento de la cavidad bucal.

## **2.1.2 Definición del Problema**

### **2.1.2.1 Problema General**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega?

### **2.1.2.2. Problemas Específicos**

1. ¿Cuál es la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo?
2. ¿Cuál es la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad?
3. ¿Cuál es la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo?
4. ¿Cuál es la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad?
5. ¿Cuál es la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad?
6. ¿Cuál es la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo?

## **2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación**

### **2.2.1 Finalidad**

La presente investigación tuvo como finalidad determinar los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes

de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, y con ello dar a conocer al especialista la importancia de la salud periodontal durante el tratamiento de pacientes con problemas periodontales; con ello incidir en la necesidad de las evaluaciones periodontales y controles periódicos; con el propósito de conocer el estado periodontal y las posibles complicaciones periodontales durante al tratamiento; y que factores pueden estar asociados a la enfermedad para que estos se puedan prevenir y controlar para satisfacción del profesional y del paciente.

## **2.2.2 Objetivos General y Específicos**

### **2.2.2.1 Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

### **2.2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Determinar la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.
2. Determinar la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.
3. Determinar la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60

años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

4. Determinar la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.
5. Determinar la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.
6. Determinar la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

### **2.2.3 Delimitación del Estudio**

#### **2.2.3.1 Delimitación Temporal**

La investigación se desarrolló en el segundo semestre del año 2019.

#### **2.2.3.2 Delimitación Espacial**

El estudio se llevó a cabo en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Pueblo Libre.

### **2.2.3.3 Delimitación Social**

El estudio fue ejecutado con los pacientes que asistieron a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se deseó investigar cuales son los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 años a 60 años de edad, a fin de que, se tome las medidas necesarias para promover una buena salud bucal o reducir las recesiones gingivales que puedan presentar las pacientes.

### **2.2.3.4 Delimitación Conceptual**

La recesión gingival es una condición que con frecuencia se presenta en pacientes con adecuada e inadecuada higiene oral, de igual manera, en pacientes con enfermedad periodontal inicial o avanzada. Todos los factores asociados a las recesiones gingivales deben ser considerados para su diagnóstico y planificación del tratamiento indicado.

## **2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio**

La recesión gingival es una condición periodontal que puede ocasionar múltiples complicaciones y tiene una alta incidencia en pacientes jóvenes y adultos. Por ello se busca conocer cuáles son los factores que se asocian y agravan la recesión gingival, con el fin e importancia de prevenir o tratar que el porcentaje de población con recesión gingival sea menor.

La importancia de la investigación fue hacer un diagnóstico de los factores de riesgo que se asocian a la severidad de la recesión gingival, a fin que, los odontólogos ofrezcan al paciente un correcto tratamiento en la consulta odontológica, detectando a tiempo el problema para no causar cambios en el periodonto y no comprometer la estética del paciente.

En nuestro país donde la mayoría de la población no puede alcanzar los servicios especializados de salud dental por un déficit económico, los odontólogos están llamados a establecer programas de control que en primera instancia identifiquen las enfermedades más frecuentes en la

población y en segunda instancia establecer medidas de control para disminuir progresivamente la presencia de tales factores.

## **2.3 Hipótesis y Variables**

### **2.3.1 Hipótesis Principal y Específicas**

#### **2.3.1.1 Hipótesis Principal**

Los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes son el fenotipo periodontal y el índice de placa bacteriana en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

#### **2.3.1.2 Hipótesis Específicos**

1. Existe una asociación entre una recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de sexo femenino atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
2. Existe una asociación entre la recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 50 a 60 años atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
3. Existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de sexo masculino atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
4. Un índice de placa bacteriana está asociada a la recesión gingival en pacientes de 40 – 49 años atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

5. Hay asociación entre la inserción de un frenillo aberrante y una recesión gingival pacientes de 30 – 39 años atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

6. Hay asociación entre la inserción de un frenillo aberrante y una recesión gingival pacientes de 30 – 60 años de sexo masculino atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

### 2.3.2 Variables e Indicadores

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Tipo	Escala de medición
<b>Variable Independiente</b>  Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Fenotipo periodontal	Fenotipo I Fenotipo II Fenotipo III	Cualitativo	Ordinal
		Índice de Higiene Oral	Buena higiene (0 – 15%)  Regular higiene (16% - 49%)  Mala higiene (50% - 100%)	Cuantitativo	Ordinal
		Frenillo de inserción aberrante	Si No	Cualitativo	
<b>Variable Dependiente</b>  Recesiones gingivales	La recesión gingival es el desplazamiento del margen gingival apical a la unión amelocementaria con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral.	Clasificación de Cairo	Tipo 1 Tipo 2 Tipo 3	Cualitativo	Ordinal

<b>Variable Interviniente</b>	Genero del paciente	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativo	Nominal
	Tiempo expresado en año de vida por el paciente	Edad	30 – 39 años 40 – 49 años 50 – 60 años	Cuantitativo	Razón

## CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

### 3.1 Población y Muestra

#### 3.1.1 Población

La población que se tomó en cuenta en el estudio, estuvo constituida por 66 pacientes de 30 años a 60 años de edad que se atendieron en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el segundo semestre de 2019.

#### 3.1.2 Muestra

La presente investigación fue no aleatoria por conveniencia, estuvo constituida por pacientes atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega que cumplieron con los criterios de selección.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

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

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z = para un intervalo de confianza de 95% es 1,96

P = proporción de la población que posee la característica (cuando se desconoce esa proporción se asume p = 50)

$$Q = 1 - P$$

E = margen de error que se está dispuesto a aceptar

N = tamaño de la población

$$n = ?$$

$$Z = 1,96$$

$$P = 0,50 \%$$

$$n = \frac{66(0.5)(0.5)(1.96)^2}{(66-1)(0.08)^2 + (0.5)(0.5)(1.96)^2}$$

$$Q = 0,50$$

$$E = +/- 8$$

$$n = \frac{63.3864}{1.3764} = 46.0523 = \mathbf{46}$$

$$N = 66$$

#### – Criterios de inclusión

- Pacientes de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Pacientes de sexo femenino y masculino.
- Pacientes de 30 años a 60 años de edad.
- Pacientes que desearon participar en el estudio.
- Pacientes con recesión gingival.

#### – Criterios de exclusión

- Pacientes que no se atendieron en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Pacientes de otras edades a las tomadas en cuenta en el estudio.
- Pacientes con enfermedad sistémica y que no presentaron recesión gingival.
- Pacientes que no desearon participar en el estudio.

## **3.2 Diseño Utilizado en el Estudio**

### **3.2.1 Diseño del Estudio**

La investigación fue descriptiva, puesto que se observaron hechos y sucesos de la realidad.

### **3.2.2 Tipos de Investigación**

Transversal, prospectivo y observacional.

### **3.2.3 Enfoque**

Cuantitativo

## **3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

### **3.3.1 Técnica de Recolección de Datos**

El presente proyecto fue presentado a la Oficina de Grados y Títulos, para que luego de su aceptación y revisión sea aprobado y autorizado para hacer el desarrollo del estudio.

Luego para realizar la ejecución del estudio se solicitó el permiso correspondiente a las autoridades de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega para ejecutar con los pacientes que se atiendan en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Posteriormente se tuvo una reunión con las pacientes que participaron en el estudio, haciéndoles una explicación del propósito de la investigación, y qué beneficios se obtendrán luego de terminado el estudio; después, de responder todas las preguntas que se le hicieron al tesista sobre las dudas que pudieran tener, se les entregó un formato del consentimiento informado, para que después de su lectura y comprensión del mismo puedan autorizar participar en el estudio, firmando el documento correspondiente; para luego

hacer el examen al paciente y realizar las preguntas necesarias para llenar y completar la ficha de recolección de datos. Se les hizo presente que en la citada ficha no hay ningún dato que las pueda identificar, conservando el anonimato de ellas en todo momento.

### **3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos**

El instrumento utilizado para la ejecución del estudio, fue una ficha de recolección de datos, que fue elaborada por el tesista conjuntamente con la asesora del proyecto, sobre factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en base a la información obtenida de la literatura relacionada al tema, por tal motivo la ficha de recolección de datos tuvo que ser validada por juicio de expertos por tratarse de una ficha elaborada con la información que se encuentra en la literatura, por tres profesionales odontólogos con el Grado Académico de Doctor y/o Maestro, especialistas y con experiencia.

El cuestionario se tituló factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales y consta de las siguientes partes:

La primera parte, la introducción donde se mencionó el propósito del estudio y las instrucciones para el correcto llenado del cuestionario.

La segunda parte, los datos generales como: edad y sexo.

La tercera parte, el fenotipo periodontal: Fenotipo I, fenotipo II y fenotipo III.

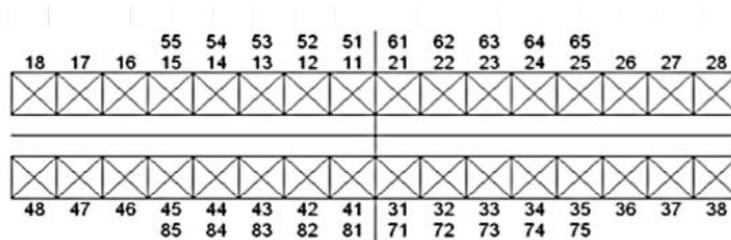
La cuarta parte, la recesión gingival; se marcó con una X de acuerdo al tipo de recesión gingival que presente.

#### **Clasificación según Dr. Francesco Cairo 2011**

- RT1- Recesión sin pérdida de unión interproximal, el límite amelocementario proximal no es visible.<sup>17</sup>
- RT2- Recesión gingival con pérdida de unión interproximal. La pérdida proximal es menor o igual que la vestibular, medida del límite amelocementario (proximal y vestibular) hasta el fondo de la bolsa proximal.<sup>17</sup>

- RT3- La pérdida proximal es mayor que la vestibular, medidas del límite amelocementario al fondo de bolsa. <sup>17</sup>

La quinta parte, el Índice de placa bacteriana de O'Leary que se utilizó para determinar la placa bacteriana que pudiera tener la paciente.



Fuente: Fiestas D. Influencia del contenido de la lonchera preescolar como factor predisponente de índice de higiene oral en niños de 3 - 5 años de edad de una institución educativa inicial [tesis para obtener el grado de cirujano dentista]. Lima (PER): Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.

La sexta parte, frenillo; se marcó con una X si presentó o no inserción de frenillo aberrante.

### 3.4 Procesamiento de Datos

Para realizar la recolección de datos se procedió a enumerarlos y organizarlos de acuerdo a las fichas de recolección de datos, para así ingresarlos a la base de datos en el software Microsoft Excel bajo los codificadores planteados por el investigador.

El proceso de datos se llevó a cabo en una laptop portátil de marca Hacer con Id E5 – 553GG-T0IM, con un procesador AMD A10 7TH GEN CRPU@3.30GHz, memoria instalada RAM 8.00GB con un sistema operativo de 64 bits, procesador x64 y sistema operativo Windows 10.

La información recolectada fue analizada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) en el cual se llevó a cabo la aplicación estadística descriptiva para establecer la distribución de los datos obtenidos. Los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas como inferencial fueron expresadas mediante figuras y tablas que se mostraron en forma ordenada.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Presentación de Resultados

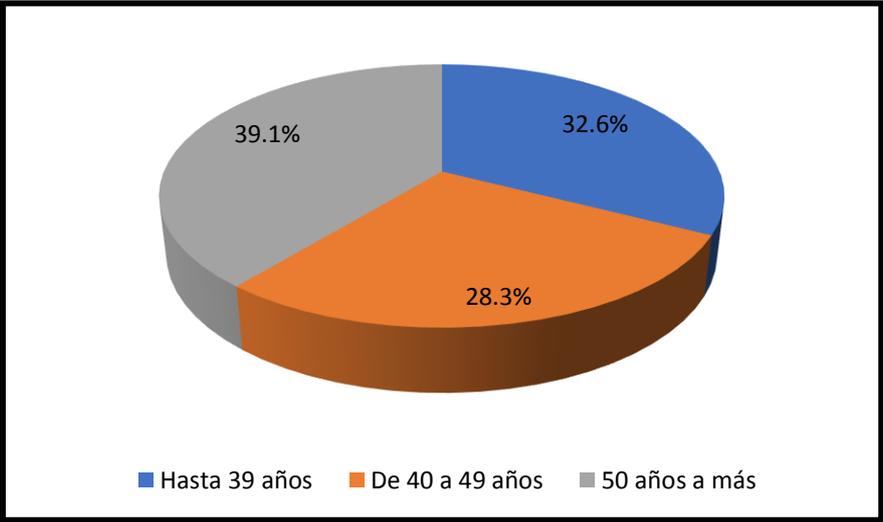
El propósito del estudio fue determinar los factores de riesgo asociados a la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años atendidas en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2019, habiendo sido el estudio con una muestra de 46 pacientes, mediante un cuestionario tomado a ellos. Con los resultados obtenidos, se realizó el análisis respectivo que van a mostrar en tablas y figuras en forma organizada.

**Tabla N°1**

**Distribución de participantes según edad.**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hasta 39 años</b>	15	32.6%
<b>De 40 a 49 años</b>	13	28.3%
<b>50 años a más</b>	18	39.1%

En la tabla N° 1 se apreció las personas de cuya edad es menor o igual a 39 años representaron el 32.6% (N°=15), de 40 a 49 años representaron el 28.3% (N°=13) y de 50 años a más el 39.1% (N°=18).



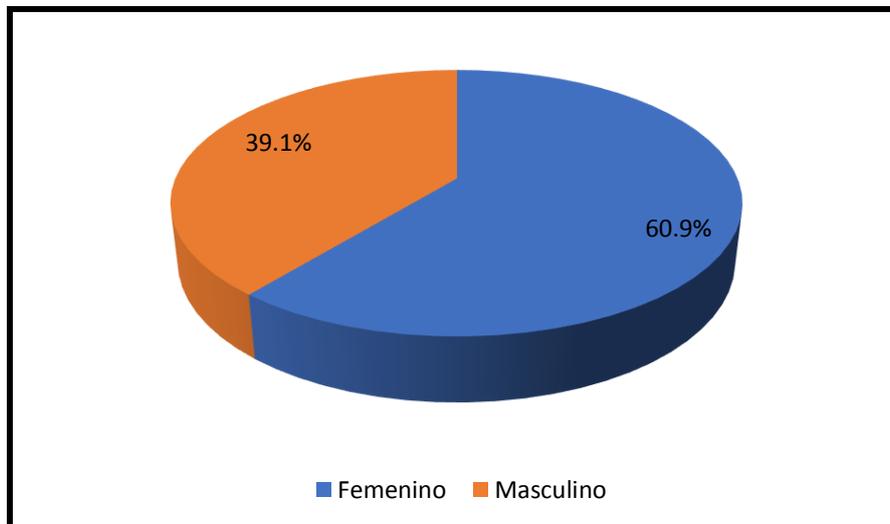
**Figura N°1**  
**Distribución de participantes según edad.**

**Tabla N°2**

**Distribución de participantes según sexo.**

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	60.9%
Masculino	18	39.1%

En la tabla N° 2 se observó las personas de sexo femenino representaron el 60.9% (N°=28), de sexo masculino representaron el 39.1% (N°=18).



**Figura N° 2**

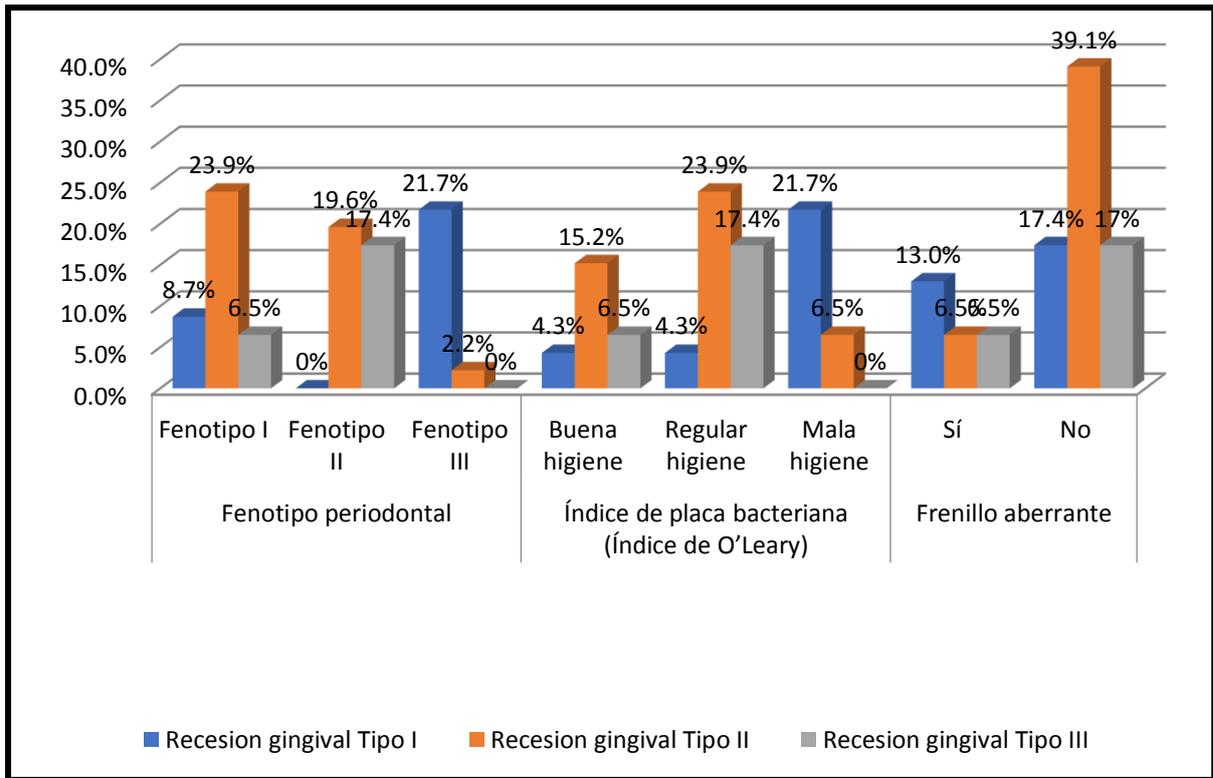
**Distribución de participantes según sexo.**

**Tabla N°3**

**Factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.**

		Recesión gingival					
		Tipo I		Tipo II		Tipo III	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>Fenotipo periodontal</b>	<b>Fenotipo I</b>	4	8.7%	11	23.9%	3	6.5%
	<b>Fenotipo II</b>	0	0%	9	19.6%	8	17.4%
	<b>Fenotipo III</b>	10	21.7%	1	2.2%	0	0%
<b>Índice de placa bacteriana (Índice de O'Leary)</b>	<b>Buena higiene</b>	2	4.3%	7	15.2%	3	6.5%
	<b>Regular higiene</b>	2	4.3%	11	23.9%	8	17.4%
	<b>Mala higiene</b>	10	21.7%	3	6.5%	0	0%
<b>Frenillo aberrante</b>	<b>Si</b>	6	13%	3	6.5%	3	6.5%
	<b>No</b>	8	17.4%	18	39.1%	8	17.4%

En la tabla N° 3 se apreció que en mayoría presentaron fenotipo periodontal Tipo I y recesión gingival Tipo II que representaron el 23.9% (N°=11); Índice de placa bacteriana Regular y recesión gingival Tipo II representaron el 23.9% (N°=11); no presentaron frenillo aberrante y recesión gingival Tipo II representaron el 39.1% (N°=18).



**Figura N°3**

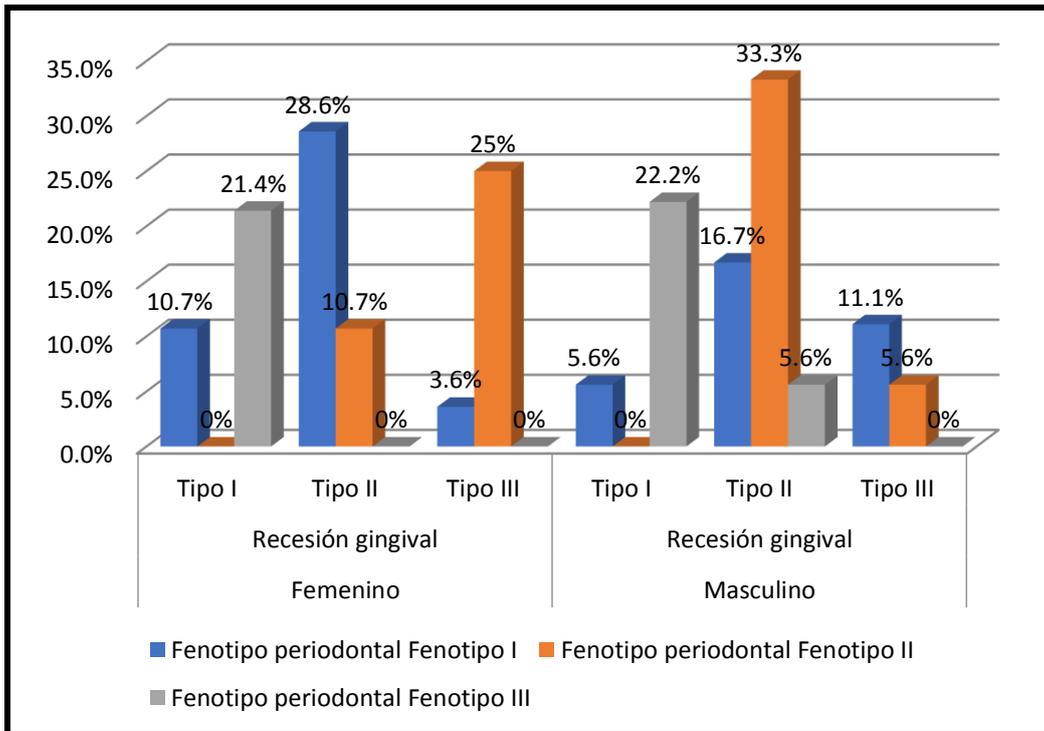
**Factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.**

**Tabla N°4**

**Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

		Fenotipo periodontal				
				Fenotipo I	Fenotipo II	Fenotipo III
<b>Femenino</b>	<b>Recesión gingival</b>	<b>Tipo I</b>	Recuento	3	0	6
			%	10.7%	0%	21.4%
		<b>Tipo II</b>	Recuento	8	3	0
			%	28.6%	10.7%	0%
		<b>Tipo III</b>	Recuento	1	7	0
			%	3.6%	25%	0%
<b>Masculino</b>	<b>Recesión gingival</b>	<b>Tipo I</b>	Recuento	1	0	4
			%	5.6%	0%	22.2%
		<b>Tipo II</b>	Recuento	3	6	1
			%	16.7%	33.3%	5.6%
		<b>Tipo III</b>	Recuento	2	1	0
			%	11.1%	5.6%	0%

En la tabla N°4 se apreció que en mayoría respecto al sexo femenino presentaron recesión gingival Tipo II y fenotipo periodontal Tipo I que representaron el 28.6% (N°=8); del sexo masculino presentaron recesión gingival Tipo II y fenotipo periodontal Tipo II que representaron el 33.3% (N°=6).



**Figura N°4**

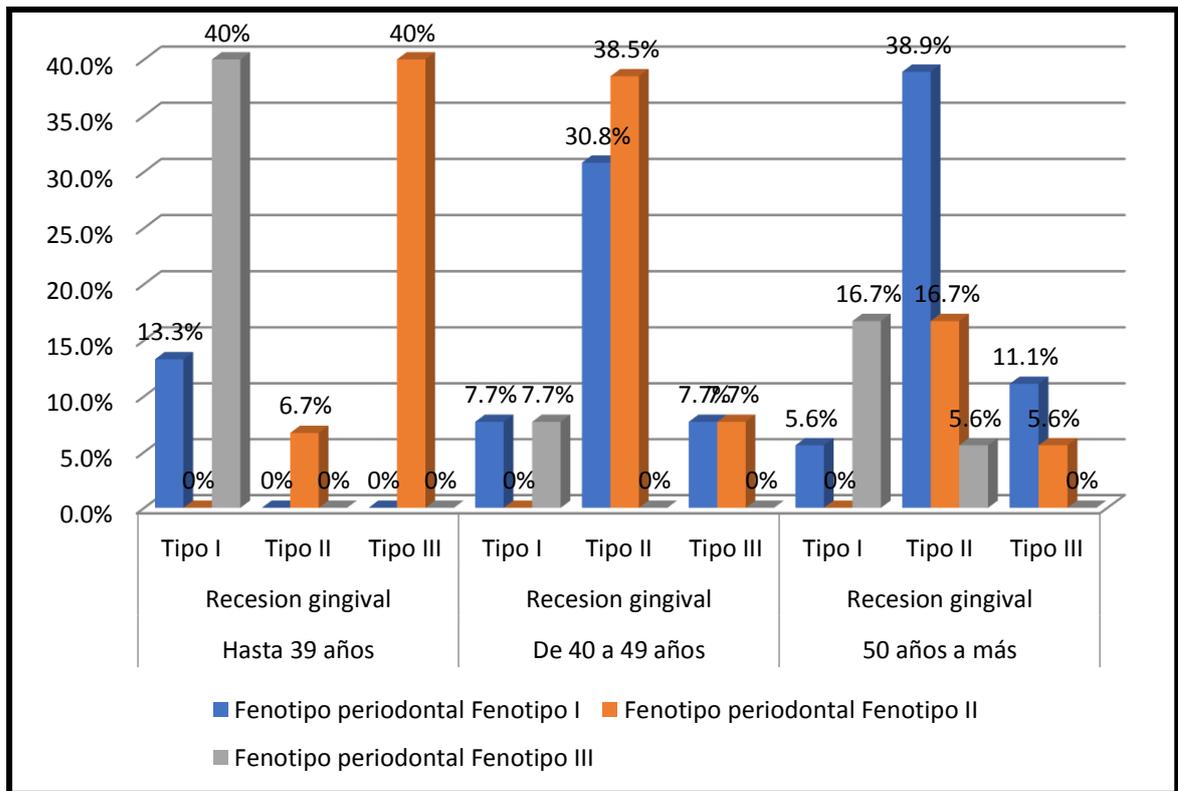
**Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

**Tabla N°5**

**Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

				Fenotipo periodontal		
				Fenotipo I	Fenotipo II	Fenotipo III
Hasta 39 años	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	2	0	6
			%	13.3%	0%	40%
		Tipo II	Recuento	0	1	0
			%	0%	6.7%	0%
		Tipo III	Recuento	0	6	0
			%	0%	40%	0%
De 40 a 49 años	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	1	0	1
			%	7.7%	0%	7.7%
		Tipo II	Recuento	4	5	0
			%	30.8%	38.5%	0%
		Tipo III	Recuento	1	1	0
			%	7.7%	7.7%	0%
50 años a más	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	1	0	3
			%	5.6%	0%	16.7%
		Tipo II	Recuento	7	3	1
			%	38.9%	16.7%	5.6%
		Tipo III	Recuento	2	1	0
			%	11.1%	5.6%	0%

En la tabla N°5 se apreció que en mayoría respecto a personas hasta 39 años de edad presentaron recesión gingival Tipo I y fenotipo periodontal Tipo III que representaron el 40% (N°=6); de 40 a 49 años presentaron recesión gingival Tipo II y fenotipo periodontal Tipo II que representaron el 38.5% (N°=5), de 50 años a más presentaron recesión gingival Tipo II y fenotipo periodontal Tipo I que representaron el 38.9% (N°=7).



**Figura N°5**

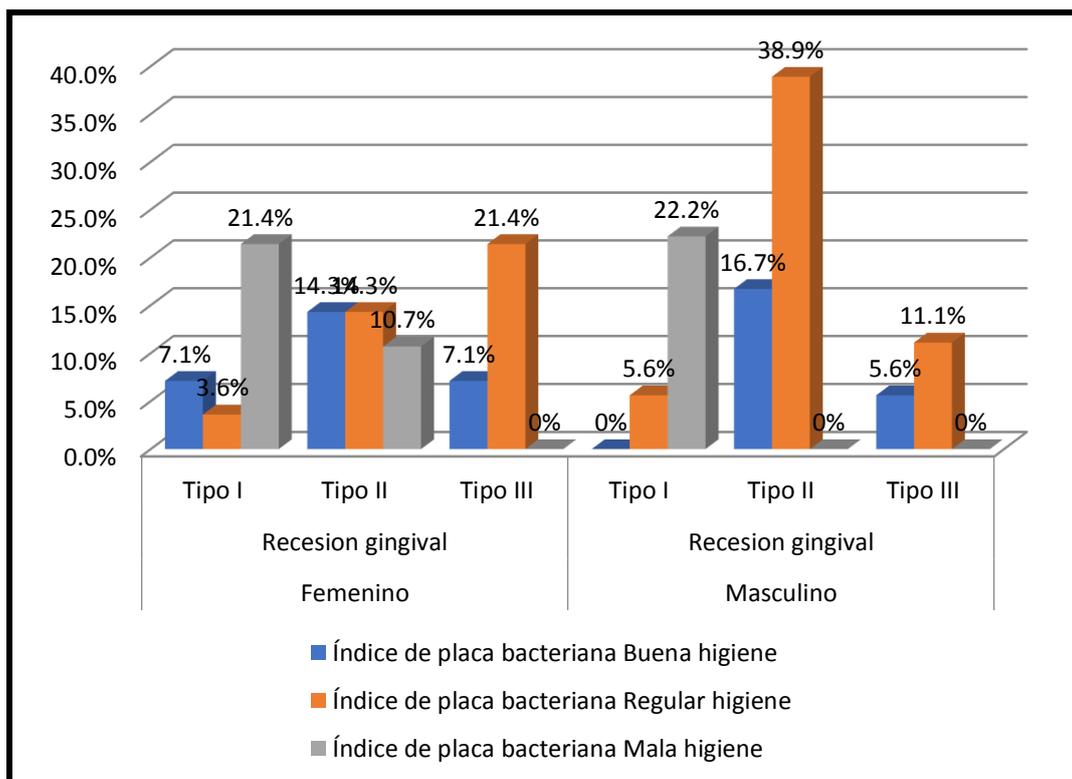
**Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

**Tabla N°6**

**Asociación entre el índice de placa bacteriana (Índice de O'Leary) y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

		Índice de placa bacteriana (Índice de O'Leary)				
				Buena higiene	Regular higiene	Mala higiene
<b>Femenino</b>	<b>Recesión gingival</b>	<b>Tipo I</b>	Recuento	2	1	<b>6</b>
			%	7.1%	3.6%	<b>21.4%</b>
		<b>Tipo II</b>	Recuento	4	4	3
			%	14.3%	14.3%	10.7%
		<b>Tipo III</b>	Recuento	2	<b>6</b>	0
			%	7.1%	<b>21.4%</b>	0%
<b>Masculino</b>	<b>Recesión gingival</b>	<b>Tipo I</b>	Recuento	0	1	4
			%	0%	<b>5.6%</b>	22.2%
		<b>Tipo II</b>	Recuento	3	<b>7</b>	0
			%	16.7%	<b>38.9%</b>	0%
		<b>Tipo III</b>	Recuento	1	2	0
			%	5.6%	11.1%	0%

En la tabla N°6 se apreció que en mayoría respecto al sexo femenino presentaron recesión gingival Tipo I y mala higiene lo que representaron el 21.4% (N°=6); del sexo masculino presentaron recesión gingival Tipo II y regular higiene que representaron el 38.9% (N°=7).



**Figura N°6**

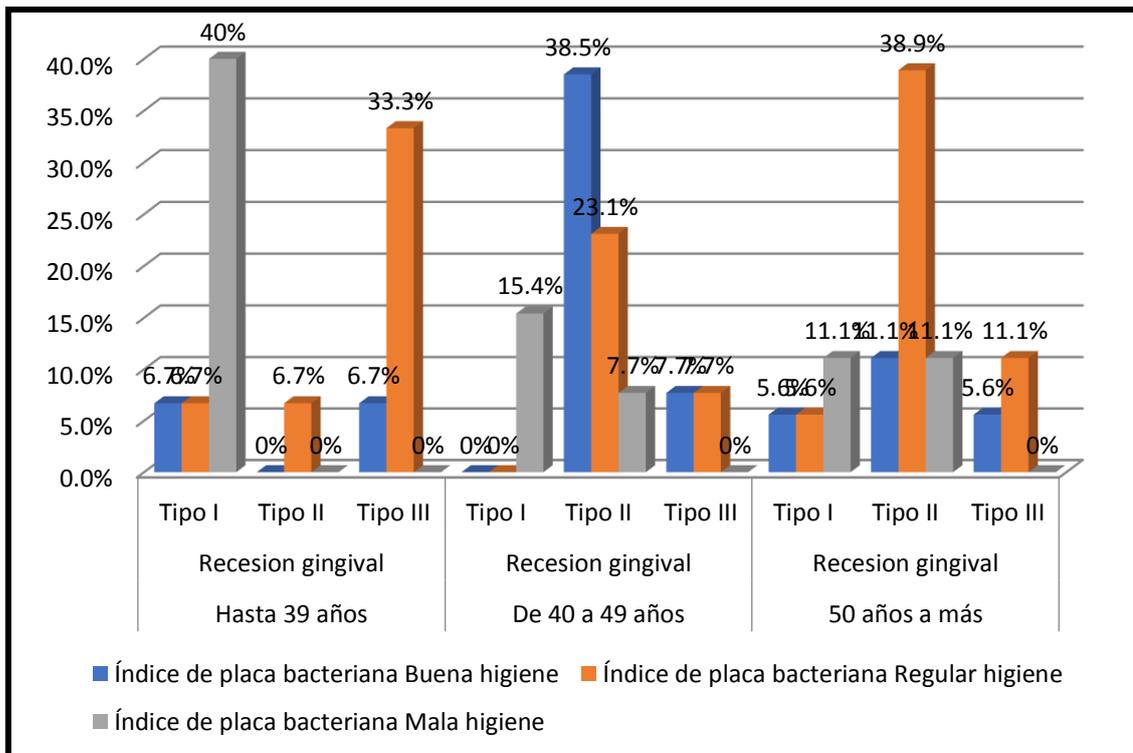
**Asociación entre el índice de placa bacteriana (Índice de O'Leary) y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

**Tabla N°7**

**Asociación entre el índice de placa bacteriana (Índice de O'Leary) y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

		Índice de placa bacteriana (Índice de O'Leary)				
				Buena higiene	Regular higiene	Mala higiene
Hasta 39 años	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	1	1	6
			%	6.7%	6.7%	40%
		Tipo II	Recuento	0	1	0
			%	0%	6.7%	0%
		Tipo III	Recuento	1	5	0
			%	6.7%	33.3%	0%
De 40 a 49 años	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	0	0	2
			%	0%	0%	15.4%
		Tipo II	Recuento	5	3	1
			%	38.5%	23.1%	7.7%
		Tipo III	Recuento	1	1	0
			%	7.7%	7.7%	0%
50 años a más	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	1	1	2
			%	5.6%	5.6%	11.1%
		Tipo II	Recuento	2	7	2
			%	11.1%	38.9%	11.1%
		Tipo III	Recuento	1	2	0
			%	5.6%	11.1%	0%

En la tabla N°7 se apreció que en mayoría respecto a personas hasta 39 años de edad presentaron recesión gingival Tipo I y mala higiene lo que representaron el 40% (N°=6); de 40 a 49 años presentaron recesión gingival Tipo II y buena higiene que representaron el 38.5% (N°=5), de 50 años a más presentaron recesión gingival Tipo II y regular higiene que representaron el 38.9% (N°=7).



**Figura N°7**

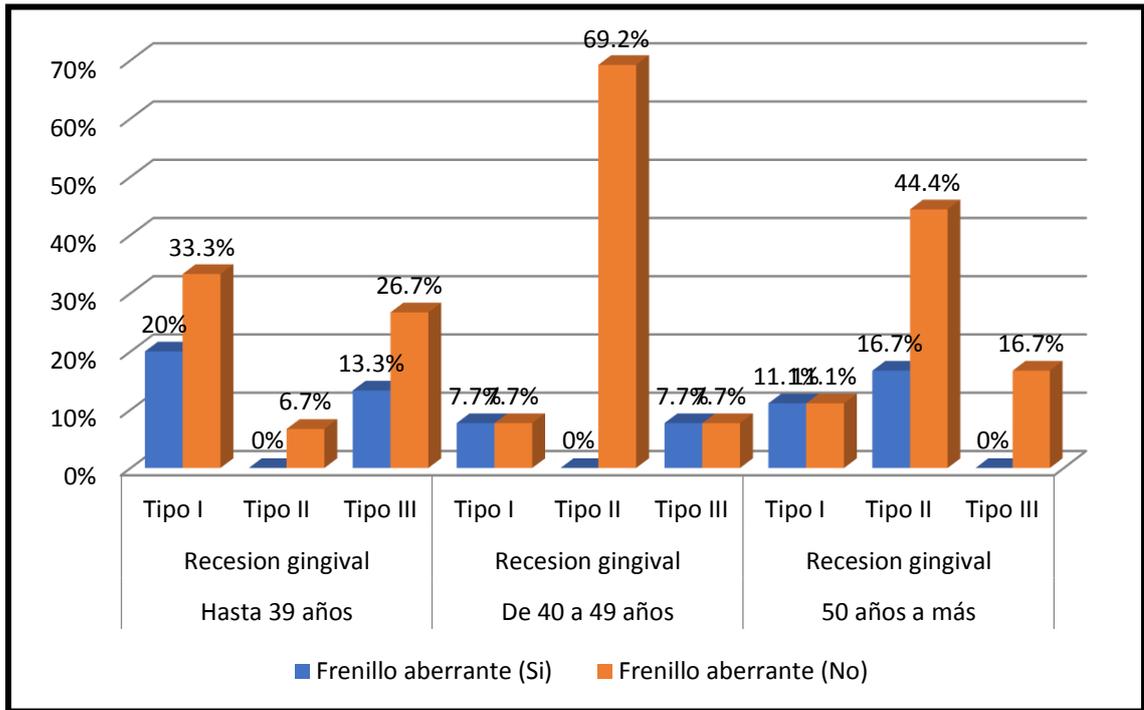
**Asociación entre el índice de placa bacteriana (Índice de O’Leary) y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

**Tabla N°8**

**Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

		Frenillo aberrante			
				Si	No
Hasta 39 años	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	3	5
			%	20%	33.3%
		Tipo II	Recuento	0	1
			%	0%	6.7%
		Tipo III	Recuento	2	4
			%	13.3%	26.7%
De 40 a 49 años	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	1	1
			%	7.7%	7.7%
		Tipo II	Recuento	0	9
			%	0%	69.2%
		Tipo III	Recuento	1	1
			%	7.7%	7.7%
50 años a más	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	2	2
			%	11.1%	11.1%
		Tipo II	Recuento	3	8
			%	16.7%	44.4%
		Tipo III	Recuento	0	3
			%	0%	16.7%

En la tabla N°8 se apreció que en mayoría respecto a personas hasta 39 años de edad presentaron recesión gingival Tipo I y no presentaron frenillo aberrante que representaron el 33.3% (N°=5); de 40 a 49 años presentaron recesión gingival Tipo II y no presentaron frenillo aberrante que representaron el 69.2% (N°=9), de 50 años a más presentaron recesión gingival Tipo II y no presentaron frenillo aberrante representaron el 44.4% (N°=8).



**Figura N°8**

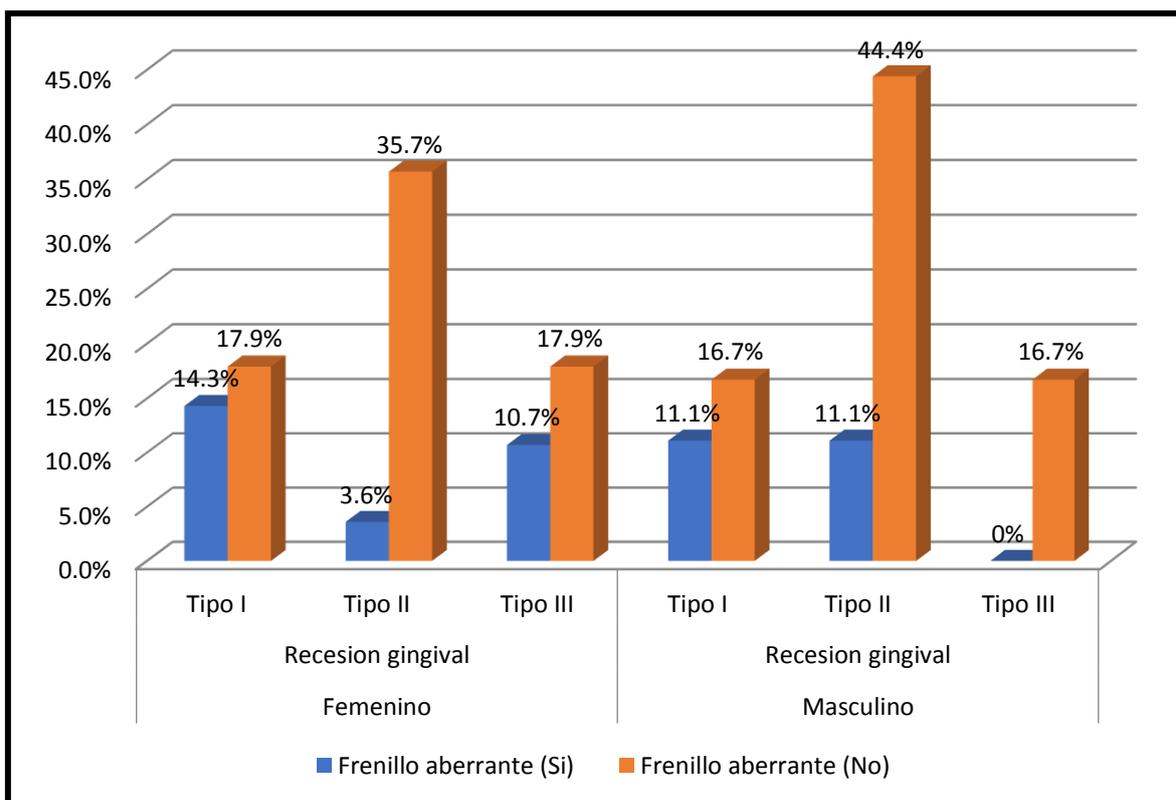
**Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

**Tabla N°9**

**Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

		Frenillo aberrante			
				Si	No
Femenino	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	4	5
			%	14.3%	17.9%
		Tipo II	Recuento	1	10
			%	3.6%	35.7%
		Tipo III	Recuento	3	5
			%	10.7%	17.9%
Masculino	Recesión gingival	Tipo I	Recuento	2	3
			%	11.1%	16.7%
		Tipo II	Recuento	2	8
			%	11.1%	44.4%
		Tipo III	Recuento	0	3
			%	0%	16.7%

En la tabla N°9 se apreció que en mayoría respecto al sexo femenino presentaron recesión gingival Tipo II y no presentaron frenillo aberrante representaron el 35.7% (N°=10); del sexo masculino los que presentaron recesión gingival Tipo II y no presentaron frenillo aberrante representaron el 44.4% (N°=8).



**Figura N°9**

**Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

## 4.2 Contrastación de Hipótesis

### – Contrastación de Hipótesis General

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

- **Formulación de Hipótesis Estadística**

- **H<sub>0</sub>**: No existe asociación entre algunos factores de riesgos con la recesión gingival de pacientes de 30 – 60 años que se atienden en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2019.

- **H<sub>a</sub>**: Existe asociación entre algunos factores de riesgos con la recesión gingival de pacientes de 30 – 60 años que se atienden en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2019.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: Hipótesis alterna***

- **Establecer el Nivel de Significancia**

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

- **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe asociación entre algunos factores de riesgos con la recesión gingival de los pacientes de 30 – 60 años que se atienden en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2019.

**Tabla N°10**

**Factores de riesgo asociados a recesión gingival; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).**

	Valor	g	Sig. Asintótica
		l	(p)
Fenotipo periodontal-Recesión gingival	29.986	4	0.000
Índice de placa bacteriana- Recesión gingival	19.959	4	0.001
Frenillo aberrante- Recesión gingival	3.567	2	0.168

- **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas; respecto a la asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival el valor del chi cuadrado fue 29.986 el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.000 ( $p < 0.05$ ), es decir **existe asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival**; respecto a la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival el valor del chi cuadrado fue 19.959 el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.001 ( $p < 0.05$ ), es decir **existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival**; concerniente a la asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival el valor del chi cuadrado fue 3.567 el cual es menor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grados de libertad y el P-Valor = 0.168 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival**; respecto a los resultados obtenidos se acepta la hipótesis nula, es decir **No existe asociación entre todos los factores de riesgo y recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.**

– **Contrastación de Hipótesis específica N°01**

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

- **Formulación de Hipótesis Estadística**

- **H<sub>0</sub>**: No existe asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.
- **H<sub>a</sub>**: Existe asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: Hipótesis alterna***

- **Establecer el Nivel de Significancia**

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

- **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

**Tabla N°11**

**Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal de acuerdo al sexo; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).**

	Valor	g	Sig.
		l	Asintótica
			(p)
Femenino (Fenotipo periodontal- Recesión gingival)	26.30 8	4	0.000
Masculino (Fenotipo periodontal- Recesión gingival)	11.29 4	4	0.023

- **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas; respecto a la asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en el sexo femenino el valor del chi cuadrado fue 26.308 el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.000 ( $p < 0.05$ ), es decir **existe asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en el sexo femenino**; respecto a la asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en sexo masculino el valor del chi cuadrado fue 11.294 el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.023 ( $p < 0.05$ ), es decir **existe asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en el sexo masculino**; respecto a los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis nula, es decir **Existe asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

## – **Contrastación de Hipótesis específica N°02**

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

- **Formulación de Hipótesis Estadística**

- **H<sub>0</sub>**: No existe asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.

- **H<sub>a</sub>**: Existe asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: Hipótesis alterna***

- **Establecer el Nivel de Significancia**

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

- **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.

**Tabla N°12**  
**Asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal de acuerdo a la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).**

	Valor	g	Sig. Asintótica (p)
Hasta 39 años (Fenotipo periodontal- Recesión gingival)	15.000	4	0.005
De 40 a 49 años (Fenotipo periodontal- Recesión gingival)	6.620	4	0.157
50 años a más (Fenotipo periodontal- Recesión gingival)	8.584	4	0.072

- **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas; respecto a la asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en personas de hasta 39 años el valor del chi cuadrado fue 15.000 el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.005 ( $p < 0.05$ ), es decir **existe asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en personas de hasta 39 años**; en cuanto a la asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en personas de 40 a 49 años el valor del chi cuadrado fue 6.620 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.157 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en personas 40 a 49 años**; respecto a la asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en personas de 50 años a más el valor del chi cuadrado fue 8.584 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.072 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre el fenotipo periodontal y la recesión gingival en personas de 50 años a más**; respecto a los resultados

obtenidos se rechaza la hipótesis nula, es decir **No existe asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

– **Contrastación de Hipótesis específica N°03**

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

- **Formulación de Hipótesis Estadística**

- **H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.
- **H<sub>a</sub>:** Existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: Hipótesis alterna***

- **Establecer el Nivel de Significancia**

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

- **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

**Tabla N°13**  
**Asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival de acuerdo al sexo; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).**

	Valor	g	Sig. Asintótica (p)
Femenino (Índice de placa bacteriana-Recesión gingival)	10.826	4	0.029
Masculino (Índice de placa bacteriana -Recesión gingival)	13.530	4	0.009

- **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas; respecto a la asociación entre el índice de placa bacteriana y recesión gingival en el sexo femenino el valor del chi cuadrado fue 10.826 el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.029 ( $p < 0.05$ ), es decir **existe asociación entre el índice de placa bacteriana y recesión gingival en el sexo femenino**; en cuanto a la asociación entre el índice de placa bacteriana y recesión gingival en el sexo masculino el valor del chi cuadrado fue 13.530 el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.009 ( $p < 0.05$ ), es decir **existe asociación entre el índice de placa bacteriana y recesión gingival en el sexo masculino**; respecto a los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis nula, es decir **Existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

– **Contrastación de Hipótesis específica N°04**

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

- **Formulación de Hipótesis Estadística**

- **H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.
- **H<sub>a</sub>:** Existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: Hipótesis alterna***

- **Establecer el Nivel de Significancia**

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

- **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe asociación el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.

**Tabla N°14**  
**Asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival de acuerdo a la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).**

	Valor	g	Sig. Asintótica (p)
Hasta 39 años (índice de placa bacteriana - Recesión gingival)	9.777	4	0.044
De 40 a 49 años (índice de placa bacteriana - Recesión gingival)	8.125	4	0.087
50 años a más (índice de placa bacteriana - Recesión gingival)	3.266	4	0.514

- **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas; respecto a la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en personas de hasta 39 años el valor del chi cuadrado fue 9.777 el cual fue mayor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.044 ( $p < 0.05$ ), es decir **existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en personas de hasta 39 años**; en cuanto a la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en personas de 40 a 49 años el valor del chi cuadrado fue 8.125 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.087 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en personas de 40 a 49 años**; en cuanto a la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en personas de 50 años a más el valor del chi cuadrado fue 3.266 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 9.4877, con 4 grados de libertad y el P-Valor = 0.514 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre el**

**índice de placa bacteriana y la recesión gingival en personas de 50 años a más;** respecto a los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis nula, es decir **No existe asociación entre el índice de placa bacteriana y recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

– **Contrastación de Hipótesis específica N°05**

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

- **Formulación de Hipótesis Estadística**

- **H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.

- **H<sub>a</sub>:** Existe asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: Hipótesis alterna***

- **Establecer el Nivel de Significancia**

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

- **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.

**Tabla N°15**

**Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival de acuerdo a la edad; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).**

	Valor	g	Sig. Asintótica (p)
Hasta 39 años (Frenillo aberrante - Recesión gingival)	0.563	2	0.755
De 40 a 49 años (Frenillo aberrante - Recesión gingival)	5.318	2	0.070
50 años a más (Frenillo aberrante - Recesión gingival)	2.140	2	0.343

- **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas; respecto a la asociación entre frenillo aberrante y la recesión gingival en personas de hasta 39 años el valor del chi cuadrado fue 0.563 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grados de libertad y el P-Valor = 0.755 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival en personas de hasta 39 años**; en cuanto a la asociación entre frenillo aberrante y la recesión gingival en personas de 40 a 49 años el valor del chi cuadrado fue 5.318 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grados de libertad y el P-Valor = 0.070 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre frenillo aberrante y la recesión gingival en personas de 40 a 49 años**; en cuanto a la asociación entre frenillo aberrante y la recesión gingival en personas de 50 años a más el valor del chi cuadrado fue 2.140 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grados de libertad y el P-Valor = 0.343 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre frenillo aberrante y la recesión gingival en personas de 50 años**

**a más;** respecto a los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis nula, es decir **No existe asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.**

– **Contrastación de Hipótesis específica N°6**

A fin de poder realizar la docimasia de esta hipótesis, se debió realizar el ritual de significancia estadística, para lo cual se siguió una secuencia ordenada de pasos:

- **Formulación de Hipótesis Estadística**

- **H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

- **H<sub>a</sub>:** Existe asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

***H<sub>0</sub>: Hipótesis nula, H<sub>a</sub>: Hipótesis alterna***

- **Establecer el Nivel de Significancia**

Para la presente investigación se decidió trabajar con un nivel de confianza del 95%, correspondiente a un nivel de significancia ( $\alpha$ ) de 5% = 0.05.

- **Determinación del Estadígrafo a Emplear**

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se determinó si existe asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.

**Tabla N°16**

**Asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival de acuerdo al sexo; mediante la prueba del Chi cuadrado ( $X^2$ ) y el nivel de significancia (p).**

	Valor	g	Sig. Asintótica (p)
Femenino (Frenillo aberrante - Recesión gingival)	3.469	2	0.176
Masculino (Frenillo aberrante - Recesión gingival)	1.800	2	0.407

- **Toma de Decisión**

Dado que, el resultado de la prueba de chi cuadrado utilizado para variables cualitativas; respecto a la asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival en el sexo femenino el valor del chi cuadrado fue 3.469 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grados de libertad y el P-Valor = 0.176 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival en el sexo femenino**; en cuanto a la asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival en el sexo masculino el valor del chi cuadrado fue 1.800 el cual fue menor al chi cuadrado crítico de la tabla 5.9915, con 2 grados de libertad y el P-Valor = 0.407 ( $p > 0.05$ ), es decir **no existe asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival en el sexo masculino**; respecto a los resultados obtenidos se acepta la hipótesis nula, es decir **No existe asociación entre frenillo aberrante y recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.**

### 4.3 Discusión de Resultados

Respecto a determinar los factores de riesgo asociados a la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidas en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2019, en los resultados se apreció que en referencia al fenotipo periodontal tipo I, los pacientes en un número de 4 con un porcentaje de 8.7% tuvieron una recesión gingival de tipo I, 11 personas con un porcentaje de 23.9% una recesión de tipo II y 3 personas con un porcentaje de 6.5% una recesión gingival de tipo III; en cuanto al fenotipo periodontal tipo II, en un número de 0 con un porcentaje de 0% tuvieron una recesión gingival tipo I, 9 personas con un porcentaje de 19.6% una recesión gingival de tipo II y 8 personas con un porcentaje de 17.4% una recesión gingival de tipo III; respecto al fenotipo periodontal tipo III, en un número de 10 personas con un porcentaje de 21.7% tuvieron una recesión gingival de tipo I, 1 persona con un porcentaje de 2.2% tuvo una recesión gingival de tipo II y 0 personas con un porcentaje de 0% tuvo una recesión gingival de tipo III.

Referente al índice de placa bacteriana (Índice de O'Leary), los pacientes que tuvieron una buena higiene, en un número de 2 personas con un porcentaje 4.3% presentaron una recesión gingival de tipo I, 7 personas con un porcentaje de 15.2% presentaron una recesión gingival de tipo II y 3 personas con un porcentaje 6.5% presentaron una recesión gingival de tipo III. Luego, los pacientes que tuvieron una regular higiene, en un número de 2 personas con un porcentaje de 4.3% presentaron una recesión gingival de tipo I, 11 personas con un porcentaje 23.9% presentaron una recesión gingival de tipo II y 8 personas con un porcentaje 17.4% presentaron una recesión gingival de tipo III. Así mismo, los pacientes que tuvieron una mala higiene, en un número de 10 con un porcentaje de 21.7% presentaron una recesión gingival de tipo I, 3 personas con un porcentaje 6.5% presentaron una recesión gingival de tipo II y 0 personas con un porcentaje de 0% presentaron una recesión gingival de tipo III.

Referente al frenillo aberrante, los pacientes que sí tenían inserción de frenillo aberrante, en un número de 6 con un porcentaje de 13% presentaron una recesión gingival de tipo I, 6 personas con un porcentaje 3.5% presentaron una recesión gingival de tipo II y 3 personas con un porcentaje 3.5% presentaron una recesión gingival de tipo III. Luego, los pacientes que no tenían inserción de frenillo aberrante, en un número de 8 con un porcentaje de 17.4% presentaron una recesión gingival de tipo I, 18 personas con un porcentaje 39.1% presentaron una recesión gingival de tipo II y 8 personas con un porcentaje 17.4% presentaron una recesión gingival de tipo III.

Con respecto al estudio de Bracho R. y Osiris H. en el año 2016, ejecutaron un estudio denominado “algunos aportes sobre factores de riesgo relacionados con recesión gingival visible”, resultando que, del total de los casos con placa bacteriana y cálculo dental, el 86.9 y el 87.3%, exhibieron recesión gingival visible, así como en el presente estudio se obtuvo un resultado de regular respecto al índice de placa bacteriana y la recesión gingival en un 23.9%.

Luego en la investigación realizada por García S. y Cayturo C. en el año 2015, titulado “el biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la Clínica de Posgrado de la UNMSM” se encontró una relación significativa entre la presencia de recesión gingival e higiene oral en el sector anterior y posterior ( $p < 0.05$ ), en nuestro estudio la asociación índice de placa bacteriana y la recesión gingival en personas de hasta 39 años presentaron  $p < 0.05$ .

En el estudio realizado por Salvatierra K. en el año 2018, titulado “prevalencia de recesiones gingivales asociadas a traumas mecánicos en pacientes UCSG semestre B-2017”, se recogió la siguiente información, 2.47% tuvieron inserción de frenillo aberrante. En nuestro estudio, 3.5% presentaron una recesión gingival de tipo II y III con inserción de frenillo aberrante.

También se observó en el estudio realizado por Navarrete D. y Torres A. en el año 2018, titulado “factores de riesgo de la recesión gingival en adultos y su tratamiento”, en los resultados se determinó que el factor de riesgo principal

asociado a las recesiones gingivales más frecuente en la muestra poblacional estudiada fue el biotipo fino (18%), en nuestro estudio en general se obtuvo que en pacientes del sexo femenino presentaron fenotipo periodontal tipo I en un 28.6%.

Como se puede apreciar en los resultados del estudio y de otras investigaciones, los factores de riesgo que se tomaron en cuenta en el instrumento la mayoría tuvieron asociación con las recesiones gingivales que pudieron presentar los pacientes que participaron en la muestra, teniendo un nivel de significancia  $p < 0.05$  el fenotipo periodontal y el índice de placa bacteriana (Índice de O'Leary), lo cual indica que existe relación con la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años; y el factor inserción de frenillo aberrante, tuvo un nivel de significancia de  $p > 0.05$ , lo que indica que no hay relación con la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años, desde el punto de vista estadístico.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

#### **5.1.1 Conclusión General**

Acerca de determinar los factores de riesgo asociados a la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad que se atendieron en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el año 2019, se concluyó que los factores de riesgo asociados a la recesión gingival más frecuentes son el fenotipo periodontal ( $P = 0.000$ ) y el índice de placa bacteriana ( $P = 0.001$ ). En el frenillo aberrante ( $P=0.168$ ) no hay diferencia significativa ( $p>0.05$ ).

#### **5.1.2 Conclusiones Específicas**

1. En cuanto a establecer la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de acuerdo al sexo, se concluyó que en mayoría fue el sexo masculino presentando recesión gingival Tipo II y fenotipo grueso festoneado en un 33.3%.
2. Referente a determinar la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal de acuerdo a la edad, se concluyó que en mayoría personas hasta 39 años presentaron recesión gingival Tipo I y fenotipo grueso plano que representaron el 40%.

3. Con respecto a determinar la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad de acuerdo al sexo, se concluye que en mayoría el sexo masculino presentó recesión gingival Tipo II y regular higiene en un 38.9%.
4. Referente a determinar la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival de acuerdo a la edad, se concluye que en mayoría respecto a personas hasta 39 años presentaron recesión gingival Tipo I y mala higiene lo que representó el 40%.
5. En cuanto a establecer la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival de acuerdo a la edad, se concluye que en mayoría respecto a personas de 40 a 49 años presentaron recesión gingival Tipo II y no presentaron frenillo aberrante en un 69.2%.
6. Referente a resolver la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival de acuerdo al sexo, se concluye que en mayoría respecto el sexo masculino presentaron recesión gingival Tipo II y no presentaron frenillo aberrante en un 44.4%.

## **5.2 Recomendaciones**

1. Se aconseja considerar los resultados, para así realizar campañas dentales y recomendar al paciente adulto a tener visitas periódicas al odontólogo para detectar a tiempo estos factores y así evitar complicaciones futuras.
2. Además, se precisa la realización de más estudios en grupos de población más amplios y en distintas zonas del mundo para determinar la verdadera influencia de todos estos factores de riesgo sobre la recesión gingival.

3. Respecto a la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad de acuerdo al sexo, se recomienda realizar más investigaciones respecto al fenotipo periodontal y la recesión gingival con una muestra mayor.
4. Referente a determinar la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal de acuerdo a la edad, se aconseja considerar los resultados, para que en el área de Periodoncia lo utilicen, lográndose incrementar bases de datos y sean aprovechadas en el diagnóstico y tratamiento.
5. Con respecto a determinar la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad de acuerdo al sexo, se recomienda realizar campañas enfocándose en la higiene bucal y así se lograría reducir el mencionado índice para una mejor salud periodontal.
6. Referente a precisar una asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival de acuerdo a la edad, se aconseja considerar los resultados y así en futuras campañas se incida en los factores que inducen a la recesión gingival para su prevención.
7. Respecto a definir la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival de acuerdo a la edad, se recomienda desarrollar estudios semejantes en distintos centros hospitalarios y en otros grupos socioeconómicos.
8. Referente a establecer la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo, se recomienda a la universidad realizar charlas educativas tanto en

pregrado como en clínica para difundir la importancia de la adecuada identificación del frenillo aberrante y tipos de recesiones gingivales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García A., Bujadon-Daza A, Rodriguez-Archilla A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. Av Periodon Implant 2015;27(1):19-24.
2. Ardila C. Recesión gingival: una revisión de su etiología, patogénesis y tratamiento. Rev Periodon Implant 2008;21(1):35-43.
3. De Almeida N, Castiel L, Ayres J. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colect 2009;5(3):323-344.
4. Román R, Zerón A. Factores de riesgo asociado a la enfermedad periodontal. Rev Mex Periodontol 2016;6(2):62-66.
5. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo [Internet] 2004 [citado 20 de marzo de 2019]. Disponible en: URL: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
6. Echemendia B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cuba de Hig Epidemiol 2011;49(3):470-481.
7. Gómez-Moreno G. Patogenia y tratamiento de las enfermedades gingivo-periodontales. Rev del Ilu Cons Gen de Colegios Odontol y Estomatol España 2013;(2):5-6.
8. Alvear F, Vélez M, Botero L. Factores de riesgo para enfermedades periodontales. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2010;22(1):109-116.
9. Lindhe J, Lang N, Karring L. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5 ed. Buenos Aires (AR): Medica Panamericana; 2009.
10. Eley B, Manson J, Soory M. Periodoncia. 6 ed. Barcelona (ESP): El Sevier; 2011.

11. Gómez E, Campos A. Histología y embriología bucodental. 2 ed. Buenos Aires (AR): Medica Panamericana; 2011.
12. Newman M, Takei H, Klokkevold P, Carranza F. Newman and Carranza's clinical periodontology. 13 ed. Barcelona (ESP): El Sevier; 2015.
13. Peña L, Díaz A, Torres D, Peña L, Torres D, Lao N. La enfermedad periodontal como riesgo de enfermedades sistémicas. Rev Cuba Estomatol 2008;45(1):1-9.
14. Botero J, Bedoya E. Determinantes del diagnóstico periodontal. Rev Clin Periodon Implantol Rehabil Oral 2010;3(2):94-99.
15. Navarrete D, Torres A. Factores de riesgo de la recesión gingival en adultos y su tratamiento [tesis para obtener el grado de cirujano dentista] Guayaquil (ECU):Universidad de Guayaquil; 2018.
16. Jati A, Furquim L, Consolaro A. Gingival recession: its causes and types, and the importance of orthodontic treatment. Dent Press J Orthod 2016;21(3):18-24.
17. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. J Clin Periodontol 2011;38(7):1-6.
18. Castro Y, Grados S. Relación entre frenillos labiales y periodonto en una población peruana. Rev Clin Periodoncia Implantol y Rehabil Oral 2017;10(1):41-43.
19. Richman C. Is gingival recession a consequence of an orthodontic tooth size and/or tooth position discrepancy? a paradigm shift. Compend Contin Educ Dent Jamesbg 2011;32(1):62-9.

20. Zeron A. Fenotipo periodontal y recesiones gingivales. Nueva clasificación. *Revista ADM* 2018;75(6):304-305.
21. Alarcon M, Lister C. Fenotipos periodontales. *Rev Estomatol Hered* 2011;20(4):227-230.
22. Lang N, Löe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *J Periodontol* 1974;43(10):623-7.
23. Wennström J, Lindhe J. Role of attached gingiva for maintenance of periodontal health. Healing following excisional and grafting procedures in dogs. *J Clin Periodontol* 1984;10(2):206-21.
24. Wilckens M, Merino M, Rios M. Recesión gingival y cepillado en estudiantes de odontología. *Periodoncia* 2003;13(4):281-288.
25. Tanqueño M. Prevalencia de recesiones gingivales en dientes anteriores según la clasificación de miller en pacientes mayores de 25 años que acuden a la clínica integral de la facultad de odontología de la universidad central del ecuador, período 2018 [tesis para obtener el grado de cirujano dentista]. Quito (ECU):Universidad Central del Ecuador; 2018.
26. Aguilar M, Gil F, Cañamas M, Ibañez F. Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual. *Periodoncia y Osteointegración* 2005;15(1):43-58.
27. Rivera R, De los Ríos M. Prevalencia de la recesión gingival y factores asociados a la higiene bucal en estudiantes de postgrado de la universidad científica del sur. *Rev Científica Odontológica* 2015;3(1):288–296.
28. Lindoso M, Tomazi P, Tavora A, Quartoroli M, Machado J, Colombini B, et al. The influence of primary occlusal trauma on the development of

- gingival recession. Rev Clin Periodoncia Implant Rehabil Oral 2016;9(3):271-276.
29. Castro Y, Grados S. Movimiento dentario ortodóntico y su asociación con la presencia de recesiones gingivales. Rev Odontológica Mex 2017;21(1):8-12.
30. Oliveira J, Mendoza, A, Macias-Velasquez Z. El tabaquismo y sus consecuencias para la salud periodontal. Polo del Conoc 2017;2(8):483-490.
31. Rojas J, Rojas L, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. Rev Clínica Periodoncia, Implantología y Rehabil Oral 2014;7(2):108-113.
32. Brooks J, Hooper K, Reynolds M. Formación de defectos mucogingival asociados con piercing intraoral y perioral: informes de casos. Am Dent Assoc 2003;134(1):37-43.
33. Ardila C, Guzmán C. Asociación entre piercing lingual y recesión gingival. Rev Haban Cienc Méd 2010;8(4):1-6.
34. Fygueroa A, Mendieta C, Domínguez E, Alpiste E, Gil F. Consideraciones sobre la caries radicular en pacientes periodontales para el higienista dental. Periodoncia y Osteointegracion 2004;14(1):55-62.
35. Zurita L. Técnica estética de recubrimiento radicular para el tratamiento de recesiones gingivales en pacientes de 25 a 35 años que acuden a la clínica odontológica uniandes [tesis para obtener el grado de cirujano dentista]. Ambato(ECU):Universidad Regional Automa de Los Andes; 2015.

36. Castro-Rodríguez Y, Grados-Pomarino S. Tasas e indicadores de riesgo de las recesiones gingivales en una muestra peruana. Rev Clínica Periodoncia,Implantol y Rehabil Oral 2016;1-8.
37. Bracho R, Gutierrez H, Borgues N, Hernandez N. Algunos aportes sobre factores de riesgo relacionados con recesión gingival visible. Cienc Odontológica 2016;3(2):106-113.
38. Garcia S, Cayturo C, Gutierrez M, Medina K, Orrego G. El biotipo periodontal como factor influyente en recesión gingival en pacientes adultos que acuden a la clínica de posgrado de la UNMSM. Theorēma 2015;2(2):9-15.
39. Salvatierra, K. Prevalencia de recesiones gingivales asociadas a traumas mecánicos en pacientes UCSG semestre B-2017 [tesis para obtener el grado de cirujano dentista]. Guayaquil (ECU):Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018.
40. Tejada G. Correlación entre el fenotipo gingival, la altura del reborde alveolar residual y el grosor de la membrana de schneider evaluados con tomografía computarizada cone beam [tesis para obtener el grado de cirujano dentista]. Lima (PER):Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
41. Quiñones L, Barajas A. Control de placa dentobacteriana con el índice de o'leary, instruyendo la técnica de cepillado de bass, en pacientes infantiles del posgrado en odontopediatría de la UAN. Rev Educ 2015;5(6):106-119.
42. Garcia V, Ustrell J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar. Av Odontoestomatol 2011;27(2):8-16.

43. Hidalgo E, Vargas M, Cabrera D. Ortodoncia en adultos. Rev Médica Clínica Las Condes 2013;24(3):1044–1051.
44. Castro Y. Consideraciones diagnósticas de los frenillos aberrantes. Revisión bibliográfica. Rev Dent Chile 2016;107(1):4-7.
45. Swathi R, Devapriya A. Gingival recession: short literatura review on etiology classifications and various treatment options. J Pharm Sciences and Research 2017;9(2):215-220.
46. Bueno R. Cirugía plástica periodontal: reporte de un caso clínico. Odontoestomatología 2016;18(27):49-54.
47. Villacorta A. Biotipos periodontales en estudiantes de estomatología de la universidad privada anterior - orrego - trujillo,2015 [tesis para obtener el grado de cirujano dentista]. Trujillo (PER):Universidad Privada Antenor – Orrego; 2016.
48. Burgos A, Urdaneta B, Velásquez M. 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. Acta Odontol Venez 2014;52(4):30–35.
49. Salas J. Relación de los factores etiológicos y la severidad de la recesión gingival en pacientes de la clínica estomatológica [tesis para obtener el grado de cirujano dentista]. Lima (PER):Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018.

# ANEXOS

## ANEXO N°01



# Universidad Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS RECESIONES GINGIVALES

### I. INTRODUCCION

La presente ficha forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos serán utilizados para evaluar los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales.

Marcará con un X la respuesta que considere conveniente.

Ficha N° .....

### II. DATOS GENERALES

Edad		Sexo	Masculino	
			Femenino	

### III. FENOTIPO PERIODONTAL

Fenotipo I       Fenotipo II       Fenotipo III

### IV. RECESIÓN GINGIVAL

Clasificación de Cairo

Tipo I       Tipo II       Tipo III

### V. ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA DE O'LEARY

Porcentaje _____ %	Buena higiene	
	Regular higiene	
	Mala Higiene	

**Diagnóstico de placa bacteriana - Índice de Placa de O'Leary**

18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

<b>Índice de O'Leary</b>	
Mala higiene	50% - 100%
Regular higiene	16% - 49%
Buena higiene	0 a 15%

**VI. FRENILLO**

Presenta frenillo de inserción aberrante

Si

No

## ANEXO N°02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la Bachiller Ashley Zulema, OSORES GÓMEZ de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: "Factores de Riesgo asociados a las recesiones gingivales en pacientes de 30 años – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega".

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar el los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en pacientes de 30 años – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2019. Para poder participar del estudio, se le realizará algunas preguntas relacionadas al tema y posteriormente se efectuará a realizar el examen clínico bucal.

La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Yo, \_\_\_\_\_ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado "Factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales en pacientes de 30 años – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, año 2019". Realizado por la Bach. Ashley Zulema, OSORES GÓMEZ.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara. Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del participante

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

DNI N°

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS RECESIONES GINGIVALES EN PACIENTES DE 30 – 60 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA					
AUTOR: OSORES GÓMEZ ASHLEY ZULEMA					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACION
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega??</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a sexo?</li> <li>¿Cuál es la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca</li> </ol>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales más frecuentes en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a sexo.</li> <li>Determinar la asociación entre el tipo de recesión gingival y el fenotipo periodontal en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca</li> </ol>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Los factores de riesgo asociados a las recesiones gingivales son el fenotipo periodontal y el índice de placa bacteriana en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Existe una asociación entre una recesión de tipo 2 y un fenotipo delgado en pacientes de 30 – 60 años de sexo femenino atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.</li> <li>Existe una asociación entre una recesión de tipo 3 y un fenotipo delgado en pacientes de 50 a 60 años</li> </ol>	<p><b>Independiente</b> Factores de riesgo</p> <p><b>Dependiente</b> Recesiones gingivales</p> <p><b>Intervinientes</b> Edad Sexo</p>	<p><b>Diseño</b> Descriptivo</p> <p><b>Tipos de Investigación</b> Transversal, prospectivo y observacional</p> <p><b>Enfoque</b> Cuantitativo</p>	<p><b>Población</b></p> <p>La población que se tomó en cuenta en el estudio estuvo constituida por 66 pacientes de 30 años a 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el segundo semestre de 2019.</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>La presente investigación fue no aleatoria por conveniencia, estuvo constituida por 46 pacientes atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega que cumplieron con los criterios de selección.</p>

<p>Garcilaso de la Vega de acuerdo a edad?</p> <p>3. ¿Cuál es la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a sexo?</p> <p>4. ¿Cuál es la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a edad?</p> <p>5. ¿Cuál es la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad?</p> <p>6. ¿Cuál es la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca</p>	<p>Garcilaso de la Vega de acuerdo a edad.</p> <p>3. Determinar la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a sexo.</p> <p>4. Determinar la asociación entre el índice de placa bacteriana y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a edad.</p> <p>5. Determinar la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega de acuerdo a la edad.</p> <p>6. Determinar la asociación entre el frenillo aberrante y la recesión gingival en pacientes de 30 – 60 años de edad atendidos en la Universidad Inca</p>	<p>atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.</p> <p>3. Existe asociación entre el índice de placa bacteriana regular y la recesión gingival tipo 2 en pacientes de 30 – 60 años de sexo masculino atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.</p> <p>4. Un índice de placa bacteriana regular está asociada a la recesión gingival tipo 3 en pacientes de 40 – 50 años atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.</p> <p>5. Hay asociación entre la presencia de una inserción de un frenillo aberrante y una recesión tipo 1 pacientes de 30 – 40 años atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.</p> <p>6. Hay asociación entre la presencia de una inserción de un frenillo aberrante y una recesión tipo 1</p>			
---	---	--	--	--	--

Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo?	Garcilaso de la Vega de acuerdo al sexo.	pacientes de 30 – 60 años de sexo masculino atendidos en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.			
--	--	--	--	--	--