



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA:

**“PREVENCIÓN ORAL Y SU INCIDENCIA EN LOS
INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES
ADULTOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO
ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL “VERDI
CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO EN EL
PERIODO OCTUBRE 2009-FEBRERO 2010.**

AUTOR

Cevallos Giler María Gabriela

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Lilian Bowen M. Mg. S.p.

PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR

CERTIFICACIÓN

Dra. Lilian Bowen M. Mg. S.p. certifica que la tesis de investigación titulada **“Prevención oral y su incidencia en los indicadores epidemiológicos de los pacientes adultos atendidos en el departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo en el periodo Octubre 2009-Ferbrero 2010”** es trabajo original de María Gabriela Cevallos Giler. La misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Lilian Bowen M. Mg. S.p.

DIRECTORA DE TESIS



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

“PREVENCIÓN ORAL Y SU INCIDENCIA EN LOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL “VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO EN EL PERIODO OCTUBRE 2009-FEBRERO 2010”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontóloga:

Dra. Gladys Vaca Mg. S.c.
PRESIDENTA

Dra. Lilian Bowen M. Mg. S.p.
DIRECTORA

Dra. Nelly San Andrés Mg. S.c.
Miembro del tribunal

Dra. Bernardita Navarrete Mg. G.s.
Miembro del tribunal

Abg. Ramiro Molina
Secretario Académico

DEDICATORIA.

Dedico esta tesis a mis padres, el Dr. Oswaldo Cevallos a mi madre Lcda. Melva Giler que son el pilar fundamental en mi vida, sobre todo por su amor y dedicación que tuvieron conmigo para la culminación de mi carrera universitaria.

A mis hermanos, el Ing. Oswaldo Cevallos, el Ing. David Cevallos y Belén Cevallos por ser parte importante en mi vida.

María Gabriela

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme iluminado y guiado en el camino de la sabiduría para así cumplir mi anhelada meta.

A mis padres, por la fe y el apoyo incondicional dado durante esta etapa importante de mi vida.

A mis hermanos, por la colaboración brindada en los momentos que necesité de ellos.

A mi directora de tesis, la Dra. Lilian Bowen, por la ayuda y tiempo dado a la realización de este trabajo.

A la Dra. Ángela Murillo, Coordinadora de la Carrera y a todo el personal administrativo por la ayuda brindada en mis años de estudio.

A la Dra. Cecilia de Peñaherrera y a la Sra. Marta Heredia, por su colaboración en la realización de esta tesis.

Y en general, a todos aquellos amigos que de una u otra manera aportaron para el éxito de mi terminación profesional.

María Gabriela

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	I
ANTECEDENTES	III
CAPITULO I	Pág.
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
CAPITULO II	
2.1 JUSTIFICACIÓN	3
CAPITULO III	
3 OBJETIVOS	5
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
CAPITULO IV	
4 HIPÓTESIS.....	6
4.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	6
4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	6
CAPITULO V	
5.1 MARCO INSTITUCIONAL	7
5.2 PREVENCIÓN EN SALUD ORAL	9
5.2.1 PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LA SALUD ORAL	9
5.2.1.1 METODOS AUXILIARES DE HIGIENE ORAL.....	10
5.2.1.1.1 Pastas dentales	10

5.2.1.1.2 Soluciones reveladoras de placa	11
5.2.1.1.3 Enjuagues bucales	11
5.2.1.1.4 Seda dental	12
5.2.1.1.5 Limpiadores interproximales	12
5.2.2 CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA BACTERIANA.....	13
5.2.2.1 Colutorios.....	13
5.2.2.2 Irrigación.....	14
5.2.2.3 Hipersensibilidad dentaria.....	15
5.2.3 CEPILLADO DENTAL	15
5.2.3.1 TÉCNICAS DE CEPILLADO	16
5.2.3.1.1 Técnica modificada de Bass.....	16
5.2.3.1.2 Método de Charters.....	16
5.2.3.1.3 Método modificado de Stillman.....	17
5.2.3.1.4 Cepillado de la superficie oclusal	17
5.2.3.1.5 Cepillado de la lengua.....	18
5.2.3.2 FRECUENCIA DE CEPILLADO	18
5.2.3.3 TIPOS DE CEPILLOS	19
5.2.3.3.1 Cepillo eléctrico	19
5.2.3.3.2 Cepillo manual	20
5.2.4 ATENCIÓN BÁSICA DEL ADULTO	20
5.2.4.1 Profilaxis	21
5.2.4.2 FLÚOR	21

5.2.4.2.1 Mecanismo de acción de los fluoruros.....	22
5.2.4.2.2 Efectos de los fluoruros en la prevención de la caries	23
5.2.4.2.3 Como actúa el flúor en el organismo	23
5.2.4.2.3.1 Forma sistémica	23
5.2.4.2.3.2 Forma Tópica	23
5.2.4.3 Motivación al paciente	24
5.3 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS.....	24
5.3.1 INDICADORES DE HIGIENE ORAL	25
5.3.1.1 INDICADORES DE PLACA BACTERIANA	25
5.3.1.1.1 PLACA BACTERIANA.....	26
5.3.1.1.1.1 Placa supragingival	26
5.3.1.1.1.2 Placa subgingival	27
5.3.1.2 CÁLCULO DENTAL.....	27
5.3.1.2.1 ÍNDICE DE CÁLCULO	28
5.3.1.2.1.1 TÉCNICA DE ELIMINACIÓN DE CÁLCULO	28
5.3.1.2.1.1.1 Detartraje.....	28
5.3.1.2.1.1.2 Ultrasonido (Cavitron)	29
5.3.1.3 GINGIVITIS	29
5.3.1.3.1 Signos y síntomas de la gingivitis.....	30
5.3.1.3.2 Control químico en el control de la gingivitis.....	31
5.3.2 ÍNDICE DE CPO	31
5.3.2.1 NECESIDADES TÉCNICAS TERAPEUTICAS	32

5.3.2.1.1 Morbilidad.....	32
5.3.2.1.2 Tasa de morbilidad.....	33
5.3.2.1.2.1 Prevalencia.....	33
5.3.2.1.2.2 Incidencia.....	33
5.3.2.1.3 Necesidades de tratamiento.....	33
5.3.2.2 CARIES	34
5.3.2.2.1 Clasificación de las caries.....	35
5.3.2.2.1.1 Clase I.....	35
5.3.2.2.1.2 Clase II.....	36
5.3.2.2.1.3 Clase III.....	36
5.3.2.2.1.4 Clase IV	36
5.3.2.2.1.5 Clase V.....	36
5.3.2.2.1.6 Clase VI	36
5.3.2.3 CARIOGENICIDAD RELATIVA A LOS ALIMENTOS	36
5.3.2.3.1 EVIDENCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	36
5.3.2.3.2 Efectos locales de la dieta	37
5.3.2.3.3 Dieta no cariogénica.....	38
5.3.2.4 SALIVA COMO FACTOR CARIOGÉNICO.....	39
5.3.2.5 PÉRDIDA DENTAL	40
5.3.2.5.1 CAUSAS.....	40
5.3.2.5.1.1 Patología dentaria.....	40
5.3.2.5.1.2 Patología periodontal	41

5.3.2.5.1.3 Motivos protésicos	41
5.3.2.5.1.4 Motivos estéticos	41
5.3.2.5.1.5 Motivos socio económicos.....	41
5.3.2.5.1.6 Infección focal.....	41
5.3.2.5.1.7 Traumatología dentomaxilar	42
5.3.2.5.1.8 Dientes afectados por tumores o quistes	42
5.3.2.5.2 CONSECUENCIAS	42
5.3.2.5.2.1 Migración dental	42
5.3.2.5.2.2 Mal oclusión.....	42
5.3.2.5.2.3 Obliteración de la pieza antagonista	43
5.3.2.6 RESTAURACIÓN.....	43
5.3.2.6.1 CLASIFICACIÓN DE LOS MATERIALES RESTAURADORES.....	44
5.3.2.6.1.1 Permanentes	44
5.3.2.6.1.2 Temporarios	44
5.3.2.6.1.3 Provisorios	44
5.3.2.6.2 Materiales empleados en las obturaciones.....	44
5.3.2.6.2.1 Óxido de Zinc Eugenol (ZOE).....	45
5.3.2.6.2.2 Amalgama	46
5.3.2.6.2.3 Composite	46

CAPITULO VI

6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	48
6.1 METODOS	48
6.1.1 MODALIDAD BÁSICA	48
6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
6.2 TÉCNICAS	49
6.3 INSTRUMENTOS	49
6.4 POBLACIÓN	49
6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	49
6.6 RECURSOS	50
6.6.1 TALENTO HUMANO	50
6.6.2 RECURSOS MATERIALES	50
6.6.3 RECURSOS ECONÓMICOS	50
6.2 DESARROLLO METODOLÓGICO	51

CAPITULO VII

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	52
7.1.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS ENCUESTAS	52
7.1.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS FICHAS CLÍNICAS	73
7.1.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN	86
7.2 CONCLUSIONES	90
7.3 RECOMENDACIONES	91

BIBLIOGRAFIA	92
---------------------------	----

PROPUESTA

ANEXOS

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

ÍNDICE DE LOS GRAFICUADROS DE ENCUESTAS

IMPLEMENTOS DE HIGIENE ORAL.....52

GRAFICUADRO # 1

¿De los siguientes implementos cuales utiliza usted en su higiene diaria?.....52

GRAFICUADRO # 2

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes al día?54

GRAFICUADRO # 3

¿Qué tipo de cepillo dental utiliza?56

GRAFICUADRO # 4

¿Cada qué tiempo se realiza una profilaxis?58

GRAFICUADRO # 5

¿Con qué frecuencia acude al odontólogo?.....60

GRAFICUADRO # 6

¿Cuáles son los tratamientos odontológicos que se realiza con mayor frecuencia?62

GRAFICUADRO # 7

¿Cuáles son los alimentos que ingiere con mayor frecuencia en el almuerzo?64

GRAFICUADRO # 8

¿Con que frecuencia cambia su cepillo de dientes?.....67

GRAFICUADRO # 9

¿Qué tipo de pasta dental utiliza?.....69

GRAFICUADRO # 10

¿Ha recibido charlas sobre salud oral en el hospital?71

GRAFICUADROS DE LAS FICHAS CLÍNICAS73

INDICADORES DE SALUD BUCAL73

GRAFICUADRO # 1

PLACA BACTERIANA.....73

GRAFICUADRO # 2

CÁLCULO.....75

GRAFICUADRO # 3

GINGIVITIS77

INDICADORES DE CPO79

GRAFICUADRO # 4

CARIADOS79

GRAFICUADRO # 5

PERDIDOS81

GRAFICUADRO # 6

OBTURADOS84

GRAFICUADROS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN86

GRAFICUADROS # 1

TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL.....86

GRAFICUADRO # 2

TÉCNICA DEL HILO DENTAL88

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones de prevención oral son la mejor forma de evitar problemas mayores relacionados con el cuadro epidemiológico, por lo que se destaca su importancia a nivel de salud oral.

La caries es uno de los problemas de salud oral de mayor prevalencia, una vez establecida es persistente y no tiene curación espontánea, de aquí parten la prevención oral, diagnóstico y tratamiento óptimo a las distintas afecciones presentes en la cavidad bucal.

La enfermedad periodontal y la caries son las principales causas de pérdida dental a futuro, las cuales se caracterizan por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que tienen como resultado la destrucción de los tejidos.

Los incorrectos hábitos de higiene y de alimentación cobran un papel importante en la acumulación de placa bacteriana y de residuos alimenticios, los cuales constituyen un sustrato para las bacterias que originan la caries y la enfermedad periodontal.

Por lo tanto se recalca la importancia de este tema ya que se podrá obtener datos relevantes sobre los problemas que causa el descuido en la prevención en salud oral en los pacientes adultos, ya que este es un grupo etario que generalmente ha sido relegado a un segundo grado en cuanto a los programas de prevención que lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública.

Al término de la presente investigación la tesis quedó estructurada de dos partes: una parte teórica producto de la investigación bibliográfica actualizada y la otra parte práctica que será el resultado de la investigación de campo que permitirá organizar un contenido teórico-práctico coherente.

ANTECEDENTES

Durante la etapa adulta de un individuo se debe prestar una especial atención a la salud de la cavidad oral, debido a la deficiente cultura preventiva, a la condición socioeconómica en la que se desenvuelven y a la poca importancia que le dan a los problemas bucodentales relacionados con la deficiente higiene bucal y alimentación que estos deberían tener para preservar su salud buco dental.

Por esto se ha considerado realizar este trabajo que permita obtener indicadores científicos que ayuden a aplicar mecanismos y estrategias, a solucionar o disminuir el problema existente.

En el lugar escogido, según el diagnóstico realizado a lo largo de las experiencias obtenidas, no existe ningún tema de investigación con respecto a la prevención oral y su incidencia con los indicadores epidemiológicos de los pacientes adultos atendidos en el departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

Esta se podrá llevar adelante mediante una interacción entre paciente profesional que permita concientizar a los adultos ante los problemas bucodentales que están expuestos por la deficiente prevención oral.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente trabajo investigativo se realizó un análisis sobre la prevención oral y su incidencia en los indicadores epidemiológico de los pacientes adultos atendidos en el departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”, una de las principales causa es la deficiente higiene bucal, teniendo como consecuencia una acumulación de residuos alimenticios en las caras externas, internas y masticatorias de los dientes, dicha acumulación provocará la placa bacteriana la cual es una película formada por colonias de bacterias, que si no son eliminadas a tiempo ira calcificándose y formando el sarro o cálculo dental.

Los incorrectos hábitos alimenticios que tienen los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica, así como la ingesta excesiva de carbohidratos, la cual genera cambios en el pH oral, produciendo una desmineralización de los dientes, desencadenan la caries y por lo consiguiente aumentan las probabilidades de pérdida dental.

La atención primaria en el paciente adulto debería estar enfocada hacia la educación, control y prevención lo cual en nuestro medio no observamos ya que la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta tienen una insuficiente cultura preventiva y solo acuden cuando presentan un dolor dental o para la extracción de una pieza que se encuentra totalmente destruida, a pesar que la atención en dicha institución es totalmente gratuita.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Por lo expuesto el problema queda planteado de la siguiente manera:

¿Cómo incide la prevención oral en los indicadores epidemiológicos de los pacientes adultos atendidos en el departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo?

La interrogante antes mencionada fue respondida mediante el proceso de investigación científica.

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN

La Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo en su Estatuto Universitario, hace constar que para obtener el título profesional de tercer nivel, el aspirante debe realizar una tesis de su especialidad la misma que tiene que ser sustentada y aprobada por un tribunal respectivo.

Además, la Universidad cumple con uno de sus objetivos prioritarios como es su vinculación con la comunidad.

El presente estudio investigativo se realizó en el departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”, en la que se estudió la prevención oral y su incidencia en los indicadores epidemiológicos, ya que a esta unidad operativa acuden gran cantidad de pacientes adultos con un alto porcentaje de caries y acumulación de placa y cálculo, que desconocen los tratamientos que se pueden realizar para prevenir la pérdida dental a futuro.

La importancia de esta investigación está dada por la necesidad de brindar atención odontológica temprana y concientizar a los pacientes sobre salud bucal y de esa manera incentivarlos en acudir a la consulta dental con mayor frecuencia por lo que son susceptibles a presentar afecciones desencadenantes del cuadro epidemiológico.

Esta investigación podrá aportar a la detección y tratamiento del cuadro epidemiológico y de esa manera poder brindar una atención óptima y darle al paciente todas las opciones de medidas de prevención que se pueden usar, para la cual se creará un beneficio a la sociedad especialmente a los pacientes adultos atendidos en la unidad odontológica del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

La presente investigación se proyectó a cumplir con los siguientes objetivos:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la prevención oral y su incidencia en los indicadores epidemiológicos en los pacientes adultos atendidos en el departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Investigar las prácticas de higiene bucal de los pacientes atendidos, para relacionar con el índice de dientes cariados.
- ✓ Indagar la frecuencia de visita al odontólogo para establecer los tratamientos de prevención recibidos en el Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.
- ✓ Estudiar los hábitos alimenticios para relacionarlos con el índice epidemiológico.
- ✓ Establecer los indicadores epidemiológicos para determinar el grado de afección de los pacientes adultos atendidos en el departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.
- ✓ Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema

CAPITULO IV

4. HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL.

A mayor prevención oral menor índice epidemiológico de los adultos que asisten a la consulta odontológica del Hospital Regional de Portoviejo.

4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

- ✓ A mayor práctica de higiene bucal, menor índice de dientes cariados.
- ✓ La visita al odontólogo no siempre genera tratamiento de prevención
- ✓ La ingesta de alimentos a base de carbohidratos tiene incidencia en el alto índice epidemiológico
- ✓ A mayor índice epidemiológico, mayor porcentaje de piezas perdidas.

CAPITULO V

5.1 MARCO INSTITUCIONAL

“El Presidente José María Placido Caamaño crea el Hospital de la caridad de Portoviejo el 9 de agosto de 1887.

El 11 de enero de 1914 se inaugura el Hospital Civil de Portoviejo y el 9 de junio de ese mismo año, se nombra al primer director del Hospital al Dr. Sebastián Moscoso Tamariz, esta inauguración fue en uno de los salones del ex hogar San José o Seminario Menor.

Se realizaron algunas gestiones para la creación de un nuevo hospital, con más capacidad, personal etc. En 1970 se realizó la nueva construcción de dicho Hospital, siendo su ubicación las calles 12 de marzo y Rocafuerte (actuales hasta el momento).

Dentro de la cual han pasado un sin número de directores (44), siendo en la actualidad el Dr. Johnny Merchán Quiñones y la sub Directora la Dra. Carmen Campuzano de Jaramillo.

El hospital Regional Verdi Cevallos Balda cuenta desde 1970, con distintas áreas de atención de salud para la comunidad en general, al terminar el año 1979 se comienza a prestar los servicios de Odontología.

Este departamento ha contado con 2 odontólogos de planta, siendo el primero el Dr. Galo Granizo Solórzano y la Dra. Cecilia Fernández de Peñaherrera, (Dra. Actual de la mañana).

Por este departamento han pasado diferentes odontólogos rurales e internos, actualmente este departamento presta servicios por la tarde donde labora el Dr. Ricardo Villacreses, con la ayuda de una auxiliar de esta área.

En este departamento las consultas son gratuitas, la prioridad de atención es para los hospitalizados, embarazadas, niños menores de 5 años y programas escolares. Los servicios odontológicos que se efectúan con mayor frecuencia en los pacientes adultos son las obturaciones ya sean estas provisionales o permanentes, las extracciones de piezas dentarias, profilaxis, así como el diagnóstico a las diferentes afecciones que se presentan en la cavidad bucal y de esa manera poder remitir a los especialistas para su correcto tratamiento, por ejemplo en el caso de una endodoncia, la necesidad de brackets o la extracción de alguna pieza dentaria que necesite de cirugía, etc. En los niños se realizan otro tipo de tratamientos que se inclinan más hacia la prevención, como las profilaxis, aplicación de flúor, colocación de sellantes de fosas y fisuras, obturaciones y extracciones.

El hospital también cuenta con un aparato de rayos x, pero en la actualidad este no funciona por fallas técnicas.

El horario de atención por las mañanas es de 8:00 am a 12:00 pm y por las tardes de 12:30 a 16:00 pm”¹.

¹ Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”. Dpto. de Odontología

5.2 PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.

“La prevención en salud oral corresponde a un conjunto de medidas, recaudos ó acciones que deben de tomarse para reducir la morbilidad de las enfermedades orales.”²

En odontología las enfermedades son prevenibles, entre las más comunes tenemos a la caries y la enfermedad periodontal, ambas, de no tratarse, terminan con la pérdida total de los órganos dentarios.

5.2.1 PROMOCIÓN Y FOMENTO DE LA SALUD ORAL.

A nivel de instituciones o en el consultorio, las acciones van encaminadas a la educación en salud oral de manera individual en la consulta, la cual realizará el odontólogo, con la ayuda del auxiliar de consultorio.

“Se puede hacer mediante charlas con ayudas audiovisuales o presentación de videos, donde se muestre la importancia de la salud oral y las maneras de conservarla.

La educación en salud por sí sola no evita la enfermedad, simplemente brinda la información, pero es el paciente quien decide. Se cumple con el deber ético de brindar la información, pero el objetivo es poder lograr un impacto real sobre el cambio en el comportamiento.

La educación en salud oral debe incluir aspectos como nutrición, técnicas de higiene oral, usos de cepillos y seda dental.”³

² www.saludymedicina.com.mx

5.2.1.1 MÉTODOS AUXILIARES DE HIGIENE ORAL.

Los métodos auxiliares de higiene son el mejor complemento para una buena salud bucal, ya que un cepillado dental no es suficiente para remover la placa bacteriana y los residuos alimenticios, los cuales constituyen un sustrato para las bacterias que originan la caries y la enfermedad periodontal. Entre los más importantes tenemos:

5.2.1.1.1 Pastas dentales. “Los dentífricos o pastas dentales nos ayudan durante el cepillado a eliminar mejor los residuos que pueden quedar en la boca, además nos proporcionan un aliento fresco, eliminan manchas o bien sirven como vehículo de transporte para sustancias específicas que pueden tratar algunos problemas bucales.

Para que la pasta tenga poder de limpieza es necesario, aparte de cepillarse correctamente, que su composición posea un componente abrasivo que se encargue de limpiar y pulir la superficie del diente, siempre y cuando no sea excesivo de forma que nos pueda producir lesiones erosivas.

El componente que da mayor protección es el fluoruro, mineral que fortalece el esmalte. Así mismo, el uso continuo de pasta dental con este ingrediente ayuda a eliminar los diminutos residuos de alimentos (principalmente azúcar y almidones) que permanecen entre los dientes o adheridos a éstos, los cuales representan un sustrato para las bacterias que habitan nuestra boca; el resultado es una serie de desechos ácidos que dañan la protección natural de dientes y tejidos inmediatos, y que a la vez facilitan el ataque de otros microorganismos, en otras palabras, una

³ **MAURICIO Moya, Mercedes Pinzón, Darío Forero.** Manual de Odontología básica integrada. Tomo2. Bogotá – Colombia. Primera edición. Pág. 216

sustancia gomosa que es responsable de la formación de caries, la llamada placa dentobacteriana.

Además, necesitan tener detergentes que destruyan los depósitos de bacterias y sustancias que impidan que la pasta se estropee y pierda cualidades de textura, sabor y color.

Las pastas suelen tener también un efecto terapéutico sobre nuestros dientes conteniendo productos anti sarro, anti caries, desensibilizantes, antisépticos o blanqueadores.”⁴ (Fig. 1)

5.2.1.1.2 Soluciones reveladoras de placa. “Son sustancias colorantes que vienen en líquido o en tabletas para disolver en la boca. Su base son los colorantes de tipo eritrosina. Una vez disuelta, el paciente se enjuaga y el material coloreado que se aprecia adherido a la zona cervical próxima al margen gingival se considera como placa bacteriana, que debe ser retirada con cepillos, seda dental u otros implementos de higiene.”⁵ La solución o las tabletas reveladoras son elementos educativos importantes, el paciente la puede utilizar semanalmente en casa como elemento de control y evaluación, ya que el mismo puede determinar las zonas donde hay fallas con sus técnicas de cepillado.”⁶

5.2.1.1.3 Enjuagues bucales. Es una solución que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

⁴ **ZERON Agustín.** Como conservar sus dientes y encías toda la vida. Odontología para pacientes. Publicado por UNAM, 2003. Pág. 45-47

⁵ www.mundodental.com/editoriales/work0001/work0001.html.

⁶ **BARRIOS M. Gustavo.** Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pág. 310

Existen enjuagues con funciones específicas dependiendo de su composición, se pueden encontrar enjuagues específicos en la prevención de halitosis, otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes.

“Si bien existen un par de enjuagues más efectivos, ninguno llega a las zonas difíciles del cepillado, entre diente y diente, o por debajo del margen de la encía. Solo ayuda a reducir la placa bacteriana que esté por encima del margen de la encía, y pueden ser eficaces para controlar la gingivitis cuando el dentista lo recomiende. El enjuague debe ser un complemento de la higiene y cuidado bucal.”⁷

5.2.1.1.4 Seda dental. “La seda dental está compuesta por 400 filamentos aproximadamente que se abren en abanico al entrar en contacto con la superficie dentaria y al accionarla cada filamento actúa como una pequeña cuchilla, raspando la placa bacteriana que se encuentra adherida a la superficie dentaria.

La seda dental debe utilizarse en cada uno de los espacios interproximales. Si el paciente tiene dificultad manual en el manejo de la seda, se le puede prescribir aparatos plásticos especiales en forma de arqueta (floss-holder), con el propósito de facilitar su uso y acceder a zonas posteriores difíciles. Su utilización cada 24-48 horas es suficiente. (Fig. 2)

5.2.1.1.5 Limpiadores interproximales. Si el espacio interproximal es amplio se pueden utilizar como elementos coadyuvantes de higiene puntas de caucho y madera.

⁷ **ZERON Agustín.** Como conservar sus dientes y encías toda la vida. Odontología para pacientes. Publicado por UNAM, 2003. Pág. 45-47

Estos elementos se utilizan con movimientos en sentido lingual y vestibular; es decir, el elemento auxiliar se introduce y se saca en el espacio interproximal. El más efectivo de ellos, básicamente es un mini cepillo, con la punta en forma de pino, que se adapta a un mango especial, ya que es desechable. Si se prefiere, estos cepillos pueden humedecerse en solución antiséptica yodada, agua oxigenada o solución de clorhexidina al 2%.⁸

5.2.2 CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA BACTERIANA

“Como complemento a los procedimientos mecánicos en el control de placa bacteriana el rol y la utilidad de los químicos de aplicación tópica han sido investigados intensamente, asociados al tema de prevención y tratamiento adjunto de la enfermedad periodontal.

1. Colutorios
2. Irrigación
3. Hipersensibilidad dentinaria.

5.2.2.1 Colutorios

Los enjuagatorios orales, independientemente del agente químico usado, no penetra dentro del surco y/o bolsa periodontal de manera significativa, por lo que su acción se limita al control de placa bacteriana supra gingival y al manejo terapéutico de la gingivitis.

El agente anti placa más investigado y efectivo es la clorhexidina, por su elevada substantividad, esto es la asociación prolongada entre un material y un sustrato,

⁸ **BARRIOS M. Gustavo.** Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pág. 311-312-313

más prolongada aún de lo que se esperaría con una deposición mecánica simple. Esto favorece la liberación del agente en forma lenta al medio.

Sus indicaciones son fundamentalmente como coadyuvante en la fase de higiene oral mecánica en el tratamiento periodontal; cuando existe dificultad real por parte del paciente en lograr un efectivo y adecuado control mecánico de la placa bacteriana.

Como efectos adversos se ha descrito aparición de tinciones dentarias asociadas a ciertos alimentos y a uso prolongado del antiséptico, alteración temporal del gusto y aumento relativo de depósito de cálculo.

5.2.2.2 Irrigación

El uso de aparatos de irrigación pueden incrementar la capacidad de los productos de alcanzar el área subgingival, diversos estudios han concluido a modo general que la irrigación a nivel del margen gingival es poco eficiente en alcanzar una extensión lo suficientemente apical con respecto de la placa bacteriana subgingival.

La efectividad de la irrigación subgingival se ve limitada por la acción del fluido crevicular produciendo una rápida eliminación del irrigante; por la presencia de componentes sanguíneos que inactivan la solución; por la presencia de cálculo subgingival que entorpece la penetración del agente.

5.2.2.3 Hipersensibilidad dentaria

Un número importante de agentes químicos destinados al tratamiento de la hipersensibilidad dentinaria ha sido incorporado a las pastas dentales. Algunos de estas, aceptados por la A.D.A. son el cloruro de estroncio y el nitrato de potasio.

Deben ser usados por un periodo no menor de 12 semanas para alcanzar un efecto desensibilizante importante, acompañado de un efectivo control mecánico de la placa bacteriana.”⁹

5.2.3 CEPILLADO DENTAL

El cepillo dental es el mejor aliado contra la caries y la enfermedad periodontal, por lo que remueve partículas de comida y placa bacteriana que se deposita sobre los dientes y contribuye a causar daño en las encías y los tejidos dentarios.

Los cepillos dentales son los mejores para combatir la placa bacteriana, a la que los dientes están expuestos.

“Un cepillo dental posee un tiempo determinado de vida y de uso. Se recomienda cambiar el cepillo dental cada tres meses, debido a la cantidad de bacterias que se acumulan en las cerdas y en el mango del objeto. (Fig. 3)

Los cepillos de cerdas suaves y de puntas redondeadas, suelen durar menos que las de cerdas fuertes. Las primeras son de ayuda si la persona presenta hipersensibilidad de las encías, de esa manera realizar el acto del cepillado con movimientos precisos y ejerciendo una presión suave en forma de masaje para no lesionar los tejidos ni producir dolor.

Aplicar una técnica adecuada y saber utilizar el cepillo dental, facilitará el proceso

⁹ www.sdp.net/CAR/controlquimicodelaplacabacteriana.htm

de higiene de los dientes y asegurará la limpieza de todas las piezas. Aunque el cepillo remueve adecuadamente la placa dental, no hace todo el trabajo. Las superficies entre los dientes no son alcanzadas por las cerdas del cepillo y por lo tanto deben ser limpiadas con el hilo dental u otros implementos de higiene oral.

Se recomienda cambiar el cepillo cada 3-4 meses o cuando las cerdas ya no están rectas, por lo que un cepillo en mal estado puede dañar las encías.

5.2.3.1 TÉCNICAS DE CEPILLADO

Siendo la más aceptada actualmente la llamada técnica modificada de Bass.”¹⁰

5.2.3.1.1 Técnica modificada de Bass. “Se aplica un cepillo con múltiples cerdas, blando con la cabeza con un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente y se presiona en sentido apical contra el margen gingival. El cepillo se mueve en dirección antero posterior con movimientos cortos vibratorios. Cuando se limpian las caras linguales de los dientes anteriores, el cepillo tiene que ser puesto verticalmente para tener acceso adecuado al área gingival de esos dientes. El método de Bass, correctamente utilizado, es eficaz, para eliminar los depósitos blandos ubicados inmediatamente por debajo y por encima del margen gingival. (Fig. 4)

5.2.3.1.2 Método de Charters. Se aplica la cabeza del cepillo contra los dientes en un ángulo aproximado de 45° con el plano oclusal. Las cerdas del cepillo dental quedan dirigidas hacia el plano oclusal/incisal y con el cepillo se hace movimientos rotatorios. Este método de limpieza dentaria es particularmente

¹⁰www.carlosboveda.com/columnadental/lacolumnadentalold/conlabocaabierta/conlabocaabierta9.htm

eficaz en los casos de recesión de las papilas interdentarias, es decir, cuando los espacios interdentarios están abiertos y accesibles a la penetración de las cerdas del cepillo.”¹¹

5.2.3.1.3 Método modificado de Stillman. “Este método de cepillado utiliza cepillos de dos o tres hileras de cerdas, medianas o duras. Se colocan las cerdas mirando hacia apical contra la encía adherida, se presiona ligeramente buscando una angulación de 45°, se hace presión moderada, de manera que se aprecie un poco de isquemia en el tejido gingival y luego se hacen pequeños movimientos hacia adelante y hacia atrás, desplazando el cepillo en sentido coronal a lo largo de la encía adherida, barriendo el margen gingival y la superficie cervical del diente. Se van haciendo movimientos superpuestos hasta limpiar toda la zona de la boca.

El procedimiento se repite por vestibular y lingual. Luego se cepillan las superficies oclusales. Con esta técnica prácticamente se utiliza la parte lateral de la cerda y no la punta.

El método de Stillman está indicado en pacientes con retracción gingival progresiva y con exposición de la superficie radicular.

5.2.3.1.4 Cepillado de la superficie oclusal. “Un error frecuente durante el cepillado de la superficie oclusal es el empleo de movimientos de fricción largos sobre dicha superficie. Para limpiar en forma adecuada, las cerdas del cepillo se colocan en ángulo recto sobre la superficie oclusal, con sus extremos situados en la profundidad de las hendiduras y las fisuras.

¹¹ **LINDHE Jan, Tkarring Horkild.** Periodontología clínica e implantología Odontológica. Edición N. 3. Edit. Medica panamericana España 2001. Pág. 444-445

Los movimientos recomendados son de dos tipos. Con un movimiento circular, el cepillo se mueve manteniendo las cerdas en posición. Se fuerza a que las cerdas se deslicen en las hendiduras y fisuras aplicando movimientos rápidos y bruscos, y se retira el cepillo para eliminar los depósitos. Después de terminar en una región se desplaza el cepillo a la otra y se superpone con parte de la región previamente cepillada.

5.2.3.1.5 Cepillado de la lengua. Un buen cepillado de la lengua se realiza en la cara dorsal de la misma, ya que en la lengua existen gran cantidad de bacterias que podrían colonizar las superficies dentales o ser responsables de la eliminación de gases que producen la halitosis. Se pueden utilizar cepillos tradicionales o instrumentos específicos que se han desarrollado para este fin.”¹²

5.2.3.2 FRECUENCIA DE CEPILLADO

Generalmente se aconseja hacer un cepillado prolijo al menos una vez al día; sin embargo, lo ideal es hacerlo varias veces al día, con propósitos cosméticos y de prevención de halitosis.

Además, se ha observado, que el paciente cepilla con mejor disciplina sus dientes varias veces al día que una sola vez por un tiempo prolongado.

Excepcionalmente un paciente dedica 15 minutos seguidos a su control de placa. Algunos autores creen que la PB demora un tiempo en organizarse para ser patógena y que realmente un cepillado totalmente efectivo cada 48 horas sería suficiente.

¹² **BARRANCOS Money.** Operatoria dental, Integración clínica. 4 edición. Buenos Aires. Médica Panamericana 2006. Pág. 407

No existe un cepillo ideal. Clínicamente se aprecia PB remanente y formación de cálculos en pacientes con hábitos de higiene oral aceptables. En estos casos es aconsejable el uso de gasa en forma adicional y elementos de higiene interproximal con el propósito de “limpiar” y no “barrer” la zona de contacto placa-margen gingival. La limpieza artificial del espacio del surco gingival con la utilización de cepillos puede causar daño tisular (atrofia gingival).”¹³

5.2.3.3 TIPOS DE CEPILLOS

“El cepillo dental ha sido utilizado por siglos con el propósito de retirar restos alimenticios depositados sobre las superficies dentarias. No existe un cepillo de dientes ideal. No se aconseja la utilización de cepillos con cerdas demasiado duras porque pueden traumatizar la encía y producir retracción gingival; se aconsejan cerdas sintéticas redondeadas en la punta. Existen básicamente dos tipos de cepillo para prescribir al paciente: manual o eléctrico.

5.2.3.3.1 Cepillo eléctrico. Está indicado en pacientes con alguna limitación en los movimientos físicos o que tienen algún problema de comprensión, generalmente poseen varias puntas que facilitan el acceso a las diferentes áreas de la cavidad oral, proveen un suave masaje a las encías que estimula la circulación sanguínea en el área, la combinación de la rotación y la parte activa, que más el masaje general aumentan considerablemente la eliminación de la placa bacteriana y restos alimenticios. (Fig. 5)

¹³ **BARRIOS M. Gustavo.** Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pág. 306,307,309.

5.2.3.3.2 Cepillo manual. Se aconseja que sea de cerdas suaves, cada cerda de un diámetro aproximado de 2 mm y puntas redondeadas, debe tener el mango recto, el cabezal pequeño y las cerdas deben ser de extremos redondeados. Este tipo de cepillo es el más eficaz para eliminar la placa bacteriana.”¹⁴

5.2.4 ATENCIÓN BÁSICA DEL ADULTO.

“La atención primaria en el paciente adulto, debe tener un enfoque esencialmente preventivo y estar orientada hacia la instrucción tanto del paciente, como para sus familiares, la educación impartida deberá incluir las diferentes medidas para el control de la placa bacteriana, y la correcta utilización de los implementos de higiene oral y sus técnicas: como el cepillado dental después de cada comida, utilización de pasta dental fluorada, uso de enjuagues bucales, control odontológico mínimo una vez al año, utilización de flúor para la prevención de caries radicular.”¹⁵

Las enfermedades que afectan a los pacientes adultos son muchas, pero cada una de ellas tiene un cuidado y prevención particular, tal es el caso de la caries, la enfermedad periodontal que son las enfermedades más comunes. Los factores que influyen en la salud oral del adulto como la diabetes, la hipertensión y las terapias farmacológicas y las limitaciones socio- económicas contribuyen a un rápido deterioro bucal.

5.2.4.1 Profilaxis. Es el procedimiento odontológico de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter buco dental. Lo

¹⁴ **ZERON Agustín.** Como conservar sus dientes y encías toda la vida. Odontología para pacientes. Publicado por UNAM, 2003. Pág., 45.

¹⁵ www.gerontología.uchile.cl/docs/cuidados

ideal es hacer dicho procedimiento cada 6 meses, la limpieza dental profesional es de carácter básicamente preventivo y puede beneficiarnos de muchas maneras, pero no será suficiente para combatir y erradicar la caries dental y otras afecciones previamente establecidas de largo tiempo de evolución.

“Una limpieza dental profesional consta de cuatro fases a efectuar en una misma cita de aproximadamente 45 minutos:

Eliminación del sarro dental por medio de ultrasonidos.

Remoción de manchas dentales y pulido especializado con pasta abrasiva.

Eliminación profunda de la placa dentobacteriana con el sistema a base de bicarbonato de sodio a presión.

Aplicación tópica de flúor (niños y casos extraordinarios).”¹⁶

5.2.4.2 FLÚOR.

El flúor es considerado uno de los micronutrientes más importantes del organismo humano, ya que participa en la formación óptima de los tejidos mineralizados del organismo. A nivel dental es uno de los principales medios para la prevención de la caries dental y para que el flúor se incorpore es necesaria su administración durante la formación y desarrollo de los dientes.

¹⁶ www.healthlibrary.epnet.com

“Al flúor se lo puede encontrar en casi todos los alimentos naturales en pequeñas proporciones, como por ejemplo en el pescado (sardina, salmón), en algunas bebidas como el té y en el agua.

Cuando el agua no es Fluorada, la alternativa es la fluorización de la sal de mesa que produce resultados similares a los del agua. Esta es una medida preventiva de carácter masivo, económica y que beneficia a la población en general.

También existen vehículos artificiales que son muy utilizados por los profesionales para la administración o aplicación de flúor, como por ejemplo, fluoruros en gel, enjuagues bucales, dentífricos, tabletas etc.

La cantidad de flúor en dosis óptima por persona es de 1 ppm al día.

5.2.4.2.1 Mecanismo de acción de los fluoruros. Generalmente se cree que la formación de fluorapatita es el principal factor en el mecanismo cariostático de los fluoruros.

La reacción de re cristalización que ocurre en los componentes del esmalte desmineralizado, son remineralizados por los iones fluoruros, en vez de perderse en la parte líquida circundante.

En estas circunstancias la fluorapatita o fluorhidroxiapatita sería el vehículo de la inhibición de caries y no su causa.

Generalmente se producen estos mecanismos de acción:

- ✓ Disminución de la solubilidad de los cristales

- ✓ Inhibición de la pérdida mineral y aumento de la re cristalización
- ✓ Disminución de la producción de ácidos, por parte de las bacterias
- ✓ Modificación de la morfología dentaria

5.2.4.2.2 Efectos de los fluoruros en la prevención de la caries

- ✓ La acción principal ocurre a nivel del esmalte.
- ✓ Da mayor resistencia al esmalte.
- ✓ Favorece la remineralización de los tejidos duros del diente.
- ✓ Inhibe el desarrollo de las bacterias de la placa dentobacteriana.
- ✓ En las bacterias el flúor interfiere en la habilidad de estas para reproducirse y para formar ácidos a partir de los carbohidratos.

5.2.4.2.3 Cómo actúa el flúor en el organismo:

El proceso de incorporación del flúor consiste de dos formas:

5.2.4.2.3.1 Forma sistémica. Por esta vía se ingresa a través del agua, la sal fluorada, los alimentos que contienen flúor y los suplementos fluorados. El fluoruro es absorbido como ión flúor en el intestino delgado y posiblemente como ácido fluorhídrico en el estómago, la absorción es rápida y casi completa por esta vía.

5.2.4.2.3.2 Forma tópica. Para realizar esta técnica es necesario que los dientes estén erupcionados, por lo que su acción es directamente sobre la superficie de los dientes y de esa manera inhibir el metabolismo de las bacterias reduciendo la

formación de los ácidos que disuelven el esmalte, facilitando el proceso de remineralización de los dientes.”¹⁷

5.2.4.3 Motivación al paciente.

”Lograr este propósito en la fase básica es difícil y requiere colaboración entre el profesional odontólogo y el paciente. Por una parte el paciente debe tener interés en controlar su enfermedad y, por otra, el profesional odontólogo debe saber hacer la presentación adecuada de las medidas de control de la PB al paciente.

El odontólogo debe concentrarse tanto en sus deseos, objetivos, motivos y valores, que supone que lo que él desea para sus pacientes es lo que éstos quieren para sí. Para lograr una motivación eficaz de los pacientes es preciso forjar una relación que haga evidente por sí misma el interés del odontólogo por el bienestar de sus pacientes. Son tres las cualidades que ayudan a crear dicha confianza: la empatía precisa, entusiasmo no posesivo y autenticidad.”¹⁸

5.3 INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

“Son medidas que se utilizan para ayudar a describir una situación existente o para medir cambios o tendencias a lo largo de un periodo de tiempo.

La mayoría de los indicadores de salud en su naturaleza son cuantitativos aunque algunos son más cualitativos y son empleados para:

- ✓ Diagnosticar y analizar la situación actual

¹⁷ **PROGRAMA NACIONAL Y NORMAS DE ESTOMATOLOGÍA.** “Proyecto de promoción de salud oral y extensión de los servicios odontológicos” Quito – Ecuador 1995. Pág. 36, 39, 40, 41, 42.

¹⁸ **MC. GRAW HILL.** Interamericana de España. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Administración del consultorio. Tomo1 1988. Pág. 29-32

- ✓ Comparar una característica en una población o un proceso en relación con otros
- ✓ Evaluar las variaciones de un evento o característica, y medir cambios en el tiempo.”¹⁹

5.3.1 INDICADORES DE HIGIENE ORAL

“Se utiliza para recoger datos de carácter reversible y se utiliza para medir la situación de higiene oral de los individuos. Los criterios se basan en dos componentes: la extensión coronaria de la placa bacteriana y la extensión coronaria del cálculo supragingival.

5.3.1.1 ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA

Es un complemento del índice gingival para evaluar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo.

Se mide de la siguiente manera: 0= ausencia de placa. 1= presencia de placa en el área interproximal o en el margen gingival, cubriendo menos de 1/3 de la mitad gingival de la superficie bucal o lingual del diente. 2= placa que cubre 1/3 y 2/3 de la mitad gingival de la superficie vestibular o lingual del diente. 3= placa en más de 2/3 de la mitad gingival de la superficie bucal o lingual del diente.”²⁰

5.3.1.1.1 PLACA BACTERIANA

¹⁹ **Manual de definiciones, instructivo e indicadores de uso ambulatorio en estomatología.** M.S.P. Quito – Ecuador 2003. Pág. 22

²⁰ **MASSON.** Manual de Odontología. Capítulo 2. Medición de la enfermedad. Barcelona – España 2002. Pág. 31

“La placa bacteriana se puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos aglutinados en un hábitat común y contenidos por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente. El Comité de Terminología de la Academia de Periodóncia la define. PLACA: sustancia pegajosa compuesta por secreciones mucosas que contienen bacterias y sus productos, células muertas y restos alimenticios.

Cuando esta sustancia toxica se acumula sobre los dientes, se sabe que se constituye en un factor iniciador de inflamación gingival. Los términos flora microbiana o población microbiana son preferibles al termino de placa, materia alba o restos, haciendo referencia a la microbiota de la región del surco gingival.

5.3.1.1.1 Placa supragingival. La placa supragingival se acumula especialmente en el tercio gingival del diente y se evidencia con tinciones especiales que se conocen con el nombre de soluciones reveladoras. La solución reveladora se aplica localmente, el paciente se enjuaga y el elemento teñido que persiste en la vecindad del margen gingival corresponde a la placa supragingival.

La placa bacteriana supragingival se adhiere aprovechando pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de obturación y restauraciones protésicas, lo mismo que bandas de ortodoncia.

Básicamente la placa bacteriana supragingival está constituida por microorganismos y una matriz intercelular que alberga los componentes celulares, también podemos encontrar células epiteliales descamadas, leucocitos en diferentes grados de descomposición y macrófagos.

5.3.1.1.2 Placa subgingival. La placa bacteriana subgingival se forma en un medio diferente al de la placa bacteriana supragingival; la saliva, que es importante en la formación de la supragingival, no es un elemento fundamental en la formación de la subgingival. El medio en que se organiza la subgingival esta orquestado por elementos diferentes: fluido gingival, células epiteliales de descamación, ausencia de oxígeno y presencia de leucocitos. En efecto, los microorganismos de la subgingival tienen como sustrato el fluido gingival, en lugar de saliva y la microbiota subgingival tiene que coexistir con los PMNs sulculares.

5.3.1.2 CÁLCULO DENTAL

El cálculo dentario es una masa orgánica calcificada, dura y en íntima relación con el tejido gingival. El locus de calcificación es la PB. Al mismo tiempo el cálculo siempre está asociado con una capa de placa que lo cubre y embebe en productos tóxicos elaborados por ella. Los cálculos dentarios hacen relación a aquellos elementos calcáreos que se aprecian localizados en el margen gingival.

Generalmente, se trata de una masa dura, de color amarillento/carmelitoso o verde/negruzco, de consistencia pétreo, forma aplanada y firmemente adherida a la superficie dentaria. No importa cuál sea su localización (supra o subgingival), presenta una estructura similar, composición química igual, conformación cristalográfica idéntica y origen salivar común, aun cuando el fluido gingival también influye en la formación del cálculo subgingival. (Fig. 6)

5.3.1.2.1 ÍNDICE DE CÁLCULO

Utilizado para medir la cantidad de cálculo acumulado en la superficie dentaria, ya sea en dirección supragingival o subgingival. Se mide de la siguiente manera. 0= ausencia de cálculo. 1= cálculo supragingival. Pudiendo existir también bajo la encía libre, siempre y cuando no exceda de 1mm. 2= cantidad moderada de cálculo supra y subgingival o solamente cálculo subgingival. 3= presencia abundante de cálculo supra y subgingival.”²¹

5.3.1.2.1.1 TÉCNICAS DE ELIMINACION DE CÁLCULO

Varias de las medidas para el tratamiento de las gingivitis y periodontitis se dirigen fundamentalmente a eliminar las bacterias causantes de la infección, por lo tanto se encargan de eliminar la placa bacteriana, cálculo y bacterias causantes del problema, para lo cual se realiza un detartraje supragingival y el raspado y alisado radicular subgingival, y para esta finalidad se vienen utilizando los ultrasonidos y las curetas.

5.3.1.2.1.1.1 Detartraje.

Para la remoción del cálculo se utiliza un instrumental especialmente diseñado, compuesto por instrumentos en forma de azadón, hoz y cinceles.

“Con esta técnica se pretende eliminar completamente todas las masas de cálculos adheridos a la superficie dentaria. Se usan diferentes raspadores, con movimientos de tracción que tienen por objeto separar la masa calcárea de la superficie dentaria y una vez producida la eliminación de la misma, alisar prolijamente la superficie

²¹ **BARRIOS M. Gustavo.** Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pág. 261, 263, 267, 284, 285

de inserción del cálculo. Para desalojar la masa se utilizan instrumentos en forma de azadón en la superficie vestibular y lingual e instrumentos en forma de hoz en los ángulos interproximales. En algunas ocasiones se utiliza el cincel en las superficies proximales de dientes anteriores, con movimientos de impulsión. Terminado el procedimiento de detartraje, se deben haber eliminado en forma total los cálculos supra y subgingivales, la PB, las manchas, y las superficies cementaría debe estar lisa y pulida.

5.3.1.2.1.1.2 Ultrasonido (Cavitrón)

Este es utilizado en periodoncia para hacer detartraje, Curetaje y remoción de manchas. Su uso aprovecha la emisión de partículas de material similar a las ondas sonoras, con frecuencias que van desde 20-29 vibraciones por segundo.”²²

“En el mango del cavitrón se insertan diferentes puntas; las puntas operan un campo húmedo gracias al spray que traen incorporado. Este dispositivo refrigera y al mismo tiempo lava la zona en donde se está trabajando. El instrumento se utiliza con ligera presión, tomándolo como pluma de escribir. Se aconseja no utilizar el ultrasonido en tejidos demasiado jóvenes en proceso de crecimiento.”²³

(Fig. 7)

5.3.1.3 GINGIVITIS

La gingivitis es un proceso de tipo inflamatorio que afecta los tejidos blandos que rodean los dientes. El proceso inflamatorio no se extiende al hueso alveolar,

²² **BARRIOS M. Gustavo.** Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pág. 321, 322, 325

²³ www.dentsply.es/noticias/clínica0903.htm

ligamento periodontal o cemento. El agente etiológico principal de la gingivitis es la placa bacteriana. (Fig. 8)

La gingivitis se puede iniciar sin dar manifestaciones clínicas aparentes (gingivitis subclínica). Uno de los primeros signos es la hemorragia fácil con el uso de la seda dental o con la presión suave del cepillo dental, sin cambio de color o de forma. “Estas primeras manifestaciones se deben a la respuesta inflamatoria de los capilares subyacentes, que muestran vasodilatación y salida de elementos celulares y suero al exterior.

5.3.1.3.1 Signos y Síntomas de gingivitis

Los signos y síntomas clínicos consisten en hiperplasia gingival que puede presentarse en forma de hinchazón difusa de las papilas interdetales o formar múltiples nódulos diminutos sobre las papilas interdetales de los dientes anteriores, o bien como un collar o festón marginal de tejido alrededor de la corona clínica del diente. Entre los demás síntomas cabe señalar inflamación aguda, llagas, sensibilidad dolorosa y profundidad de bolsas moderadas de 4 a 7 mm.

Entre los signos clínicos más evidentes se encuentran la inflamación, edema, sangrado espontáneo o después de un sondeo, sensibilidad gingival y prurito. Sin embargo, y por definición, en la gingivitis no hay destrucción del ligamento periodontal ni pérdida ósea visible en las radiografías.

5.3.1.3.2 Control químico en el tratamiento de la gingivitis.

Una eliminación cabal de la PB puede prevenir la aparición de gingivitis así como limitar de manera sustancial la progresión de la periodontitis.

Para prevenir o tratar la enfermedad pueden emplearse agentes químicos en el tratamiento.

Los productos antimicrobianos se dividen en dos grupos: preventivos que actúan sobre el desarrollo de la placa supragingival y terapéuticos cuya acción está dirigida contra la placa subgingival. Un agente quimioterápico debe alterar el desarrollo de la placa y prevenir la formación de una microbiota específica que es imprescindible para el desarrollo de la enfermedad.

Los productos antiplaca ideales deben tener las siguientes características:

1. Eliminar únicamente las bacterias patógenas.
2. No provocar resistencia.
3. Sustantividad.
4. Inocuidad para los tejidos bucales.
5. No manchar los dientes ni alterar el gusto.
6. No ejercer efectos adversos. ”²⁴

5.3.2 ÍNDICE DE C.P.O

Mide la prevalencia y la severidad de la caries, las piezas perdidas y obturadas. El valor del índice corresponde a la suma de todos sus componentes.

5.3.2.1 NECESIDADES TÉCNICAS TERAPÉUTICAS.

²⁴ **MC. GRAW HILL.** Interamericana de España. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Periodontología. Tomo 2, 1988. Pág. 204-205

Existen dos conceptos bastante entrelazados; el de morbilidad y el de necesidad de tratamiento propiamente dicho.

5.3.2.1.1 Morbilidad.

“Determina si el individuo está o no enfermo, de acuerdo con criterios preestablecidos, independientemente de lo que se haga para tratarlo. En este caso, considerando el carácter crónico de la caries dental y de la enfermedad periodontal, así como del hecho de que la enfermedad puede alcanzar uno o más dientes, además de los conceptos clásicos de prevalencia e incidencia, es necesario el de severidad o grado de intensidad del ataque sufrido o del progreso hecho por la enfermedad en su evolución.

En el caso de la caries, la prevalencia es casi universal. Para medir la intensidad se usa un índice que registra el ataque total sufrido por el individuo en toda su vida. Eso es posible porque la historia anterior queda registrada en la boca del individuo, por que las lesiones son irreversibles.

La unidad de contaje es el diente, y el índice, llamado CPOD, corresponde al número medio de dientes cariados, perdidos u obturados. Como el índice crece durante la vida del individuo, el mismo debe ser calculado para diferentes edades o grupos de edad.

En el caso de la enfermedad periodontal, el índice empleado representa un promedio de la gravedad con que la enfermedad atacó a cada uno de los dientes presentes en la boca. El índice periodontal para un individuo es obtenido dividiendo la suma de los puntajes por el número de dientes presentes en la boca.

5.3.2.1.2 Tasa de morbilidad.

“Es la frecuencia de la enfermedad en proporción a una población.

1. El periodo de tiempo, y
2. El lugar.

Las tasas de morbilidad más frecuentemente usadas son las siguientes:

5.3.2.1.2.1 Prevalencia: Es la frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido de tiempo (prevalencia de período).

5.3.2.1.2.2 Incidencia: Es la rapidez con la que ocurre una enfermedad. También, la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) nuevos casos de una enfermedad/afección durante un período específico de tiempo y en un área determinada.”²⁵

5.3.2.1.3 Necesidades de tratamiento.

Las necesidades varían conforme sea visto desde el ángulo del propio paciente o del dentista.

En el caso del paciente, su concepto de necesidad está relacionado básicamente con su percepción de la enfermedad, con valores atribuidos a los dientes y su decisión de ir en busca o no de servicios odontológicos, independientemente de que exista o no una barrera económica.

²⁵ www.wikipedia.org/wiki/Morbilidad

En el caso del dentista, las necesidades de tratamiento son determinadas por él, de acuerdo a las afecciones presentes, procurando reducirlas al mínimo. El objetivo es el de sorprender las lesiones en su comienzo, cuando su tratamiento resulte fácil y rápido. Además del tratamiento temprano deben ser empleadas técnicas de prevención primaria para reducir la ocurrencia de nuevos episodios de enfermedad en los intervalos entre las sesiones de tratamiento.”²⁶

5.3.2.2 CARIES

“La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones complejas que resultan en primer lugar por la destrucción del esmalte dentario y posteriormente, si no se le detiene, en la de todos los tejidos del diente.

La caries es de etiología multifactorial, lo cual implica que los factores que la determinan deben actuar en forma conjunta en un lugar determinado y coincidente en el tiempo. Los factores básicos determinantes de dicha enfermedad, son los microorganismos (agente), el huésped (diente) y el sustrato (dieta), a los que podemos añadir la capacidad inmunitaria del huésped, por un lado, y de los factores endógenos como exógenos, que en conjunto determinan la capacidad de defensa del huésped frente a la agresión bacteriana.

La característica principal de esta enfermedad es la formación de cavidades en los dientes. La enfermedad empieza en la superficie del esmalte y va penetrando paulatinamente a la dentina, afectando posteriormente a la pulpa y finalmente a los tejidos periodontales.

²⁶ **ABRAAM Sonis.** Médica Sanitaria y Administración de Salud. Buenos Aires 1971. Librería El Ateneo editorial. Pág. 353-355

El progreso de la enfermedad es variable, puede desarrollarse en solo unos meses o puede requerir de varios años para su formación.

La lesión cariosa se inicia a través de la placa dentobacteriana, que es una colección de colonia de bacterias que se adhieren firmemente a los dientes, encías, además, se forma de restos alimenticios, saliva, células muertas y otros elementos.”²⁷

“Los alimentos que mas favorecen a la caries dental son los que contienen carbohidratos (azúcares), siendo mucho menos dañinos los que contienen azúcares naturales tales como frutas, verduras y de gran poder destructor son los refrescos, caramelos y panecillos que contienen azúcares refinados, por lo que debe evitarse su ingestión en exceso y entre comidas.”²⁸ (Fig. 9)

5.3.2.2.1 Clasificación de las caries.

“Según su localización tenemos la clasificación de Black”.

5.3.2.2.1.1 Clase I. “Son aquellas que comienzan y se desarrollan en los defectos de las superficies dentarias: 1) fosas, hoyos, surcos o fisuras oclusales de premolares o molares, 2) cara lingual o palatina de de incisivos y caninos, 3) fosas y surcos bucales o linguales de molares (fuera del tercio gingival).

5.3.2.2.1.2 Clase II. Se encuentra en las superficies proximales de dientes posteriores (premolares y molares), generalmente involucran la superficie oclusal.

²⁷ **MASSON.** Manual de Odontología. Capítulo 3. Etiopatología de la caries y bases científicas para su prevención. Barcelona – España 2002. Pág. 26

²⁸ www.uaa.mx/sitios7umd/isalud.htm

5.3.2.2.1.3 Clase III. Se localiza en las superficies proximales de incisivos y caninos que no abarquen el ángulo incisal.”²⁹

5.3.2.2.1.4 Clase IV. “Se localiza en las superficies proximales de incisivos y caninos que abarcan el ángulo incisal.

5.3.2.2.1.5 Clase V. Se encuentra en el tercio gingival de todos los dientes (con excepción de las que comienzan en hoyos o fisuras naturales).

5.3.2.2.1.6 Clase VI. Es una lesión o desgaste ocurrido en los bordes incisales de dientes anteriores o en las cúspides de dientes posteriores”³⁰.

5.3.2.3 CARIOGENICIDAD RELATIVA A LOS ALIMENTOS

5.3.2.3.1 Evidencia epidemiológica.

“Las propiedades de los alimentos que modifican su potencial criogénico son múltiples e incluyen: capacidad de retención en la boca, forma física, propiedades acidogénicas, efecto protector de ciertos componentes, efecto sobre la colonización bacteriana y cantidad de composición glucídica.

El potencial criogénico de un alimento consiste en su habilidad para promover las caries en el hombre bajo condiciones que conduzcan a la formación de caries. Esta definición implica que un alimento puede ser un elevado potencial acidogénicas pero no inducir caries bajo condiciones específicas de su uso que conduzca a la formación de caries.

²⁹ **BARRANCOS Money.** Operatoria dental, Integración clínica. 4 edición. Buenos Aires. Médica Panamericana 2006. Pág. 530-531

³⁰ **MAURICIO Moya, Mercedes Pinzón, Darío Forero.** Manual de Odontología básica integrada. Tomo 2. Bogotá – Colombia. Primera edición. Pág. 232.

La razón por la cual la sacarosa añadida al almidón incrementa su potencial criogénico podría ser que el almidón prolonga el tiempo de retención del alimento en la cavidad oral. De hecho se ha visto que la forma física del alimento influye en su cariogenicidad. Además, existen ciertas indicaciones de que el almidón puede incrementar la formación de ácido a partir de la sacarosa cuando ambos están presentes. Existen ciertas evidencias científicas, aunque poco firmes, de que las ingesta de papas fritas y otros tentempiés salados pueden dar lugar a la acidificación del medio oral en el hombre.

5.3.2.3.2 Efectos locales de la dieta.

Está perfectamente demostrado que los hidratos de carbono de absorción rápida de la dieta son inductores de caries y que ejercen su efecto criogénico localmente en la superficie del diente. Las diferencias en la retención de los alimentos explican las variaciones en la incidencia de caries entre los distintos dientes, tales como los molares e incisivos, desarrollados en un mismo individuo bajo idénticas condiciones nutricionales y sistémicas los hidratos de carbono de la dieta son el sustrato energético de los microorganismos bacterianos presentes en la placa, y pueden ser fermentados directamente, o después de su almacenamiento en la placa o en la superficie del diente como polímeros extracelulares de glucosa o fructuosa.

El almidón puede ser parcialmente convertido en glucosa soluble por acción de las enzimas salivales y ser utilizado por las bacterias de la placa. Esta fermentación anaeróbica de los azúcares conlleva a la producción de ácidos orgánicos, principalmente ácido láctico, que se deposita en la placa y en las lesiones preexistentes del esmalte, y por ello después de cada ingesta de azúcares se

produce una disminución del pH de la saliva y la placa. El pH ácido, al contrario del neutro, conlleva la desmineralización del diente; por tanto si los periodos de desmineralización son demasiado frecuentes o demasiado largos en relación con los periodos de remineralización o reposo con consecuencia de ingesta frecuente, repetidas o continuas de azúcares, el resultado final será la lesión de caries.”³¹

5.3.2.3.3 Dieta no cariogénica.

“El factor dietético favorecedor de la aparición de caries es la frecuencia del consumo de hidratos de carbono refinado, más que la cantidad en sí. También existen otros factores que conviene destacar:

El carbohidrato más implicado es la sacarosa.

Los alimentos azucarados, sólidos, adhesivos, pegajosos son más cariogénicos.

El riesgo de caries aumenta si se consume carbohidratos en las comidas y principalmente antes de acostarse.

Hay alimentos con efectos preventivos sobre la caries como el cacao (en su estado natural).

El prototipo de alimento cariogénico sería un azúcar refinado, adhesivo, ingerido entre las comidas.

Las medidas preventivas a adoptar desde el punto de vista dietético serían las siguientes:

³¹ **CUENCA Sala Emili.** Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Edición N 3. Edit. Elsevier España, 2007. Pág. 65,71-73.

Favorecer una dieta equilibrada y nutritiva, con disminución de la ingesta de azúcares pero manteniendo una proporción adecuada de carbohidratos.

Disminuir la ingesta de refrescos azucarados, dulces, galletas y otros azúcares sólidos adhesivos.

Procurar ingerir los hidratos de carbono durante las comidas principales, cepillándose posteriormente los dientes.

Se pueden consumir sustitutivos del azúcar como sacarina, sorbitol y xilitol.”³²

5.3.2.4 SALIVA COMO FACTOR CARIOGÉNICO.

“La saliva es un factor de singular importancia en el medio bucal. Las macromoléculas salivales se encuentran comprometidas con las funciones de lubricación, digestión, formación de película salival o adquirida, adherencia y agregación bacteriana, formación de placa dental y provisión de un medio para el diente.

La saliva es efectiva para mantener el pH de la cavidad bucal y contribuye a regular el pH de la placa dental; mantiene la integridad dentaria por medio de su acción de limpieza de hidratos de carbono y regula el medio iónico para proveer capacidad de remineralización.”³³

Numerosos problemas bucales son causados por hipofunción de las glándulas salivales. La hipofunción salival o xerostomía tiene prevalencia en los pacientes

³² **GARCIA Caballero Carlos, González Meneses Antonio.** Tratado de Pediatría Social. Edición 2. Edit. Díaz de Santos, 2000. Pág. 431

³³ **BARRANCOS Money.** Principios generales de las preparaciones. Buenos Aires: Médica Panamericana 2006. Pág. 353

adultos mayores de 60 años a causa del alto consumo de medicamentos; o por alguna enfermedad sistémica.

5.3.2.5 PÉRDIDA DENTAL

“La falta de una o más piezas dentarias, ocasiona un sin número de problemas, tales como cambios de mordida por migración dental, lesiones en la articulación temporo mandibular que se manifiestan con dolor o dificultad para abrir o cerrar la boca, problemas digestivos debido a una deficiente masticación, lo cual tiende a disminuir el consumo de cereales integrales, frutas y verduras. La dieta también tiende a ser más reducida, haciendo que la persona no cubra sus requerimientos energéticos, de proteína, vitamínicos, etc., por lo que puede deteriorarse el estado nutricional; y finalmente problemas de estética que se ven reflejados en una baja autoestima, vale decir que con una buena sonrisa se puede mejorar notablemente el aspecto de una persona, cambiar su estado de ánimo y aumentar su nivel de autoestima personal.”³⁴

5.3.2.5.1 CAUSAS.

“Son varias las causas por las que se puede presentar la pérdida dental.

5.3.2.5.1.1 Patología dentaria. Por caries que ha destruido total o parcialmente la corona dentaria con afectación pulpar (necrosis pulpar, pulpitis irreversible, etc.) o con otras complicaciones que no pueden ser tratadas de forma conservadora.

Por destrucción del tejido dentario radicular (rizólisis, lesión cemento dentinaria, etc.) que impida el tratamiento conservador

³⁴ www.sdpt.net/CAR/exodoncia.htm

5.3.2.5.1.2 Patología periodontal. Enfermedades periodontales avanzadas que no pueden ser tributarias de las numerosas y eficaces técnicas conservadoras de la periodoncia.

5.3.2.5.1.3 Motivos protésicos. Pueden existir motivos de extracción razonados en función de la colocación de una prótesis (por su diseño y estabilidad) o de una rehabilitación oral como por ejemplo la existencia de un diente extruido que anula o altera la dimensión vertical, especialmente en los dientes solitarios en la región molar. A veces se extraen dientes muy inclinados o en mala posición para facilitar la construcción de una prótesis.

5.3.2.5.1.4 Motivos estéticos. Los dientes supernumerarios o ectópicos que producen alteraciones estéticas y funcionales importantes deben ser extraídos, siempre que no sea posible efectuar algún tratamiento conservador.

5.3.2.5.1.5 Motivos socio económicos. En pacientes que presentan alteraciones de distintos tipos quizá tributarios de tratamiento conservador, por motivos socio económicos, podrá indicarse la exodoncia cuya finalidad es, por ejemplo, la de evitar los problemas derivados de focos de sepsis evidentes.

5.3.2.5.1.6 Infección focal. Ante la existencia de focos de sepsis en pacientes con patologías puede indicarse la exodoncia, pero siempre habiendo agotado la posibilidad de un tratamiento conservador durante un período de tiempo razonable.

5.3.2.5.1.7 Traumatología dentomaxilar. Casi todos los traumatismos alvéolo dentarios (luxación, subluxación, avulsión, etc.) pueden ser tratados con métodos conservadores, pero en ocasiones si existe un diente en un foco de fractura de los

huesos maxilares, debe indicarse su extracción con el fin de que no interfiera con la formación del callo óseo y pueda producirse una incorrecta consolidación o pseudoartrosis.

5.3.2.5.1.8 Dientes afectados por tumores o quistes. Los dientes afectados por quistes o granulomas radiculares que tienen un soporte óseo y/o periodontal inadecuado o que han sufrido una excesiva reabsorción ósea y/o radicular suelen ser tributarios de exodoncia. ”³⁵

5.3.2.5.2 CONSECUENCIAS.

“Debido a la pérdida dental se pueden presentar una serie de consecuencias a largo plazo, como por ejemplo:

5.3.2.5.2.1 Migración dental. Con la pérdida dental se desarrollará una oclusión traumática como resultado de la rotación y desviación de algunos dientes de la zona; ya que todos los dientes que se encuentran anteriores al espacio, pueden presentar movimientos. Los dientes que se mueven con mayor frecuencia son los premolares. Como consecuencia del movimiento dental producido por la pérdida podemos mencionar también la desviación de la línea media.

5.3.2.5.2.2 Mal oclusión. La ausencia dental, trae como consecuencia la disminución de hasta el 50% en la eficacia de la masticación, ya que hay un desequilibrio de la función masticatoria, en donde el bolo alimenticio se desplaza hacia el lado de la boca que no está afectado, acompañada de inflamación gingival

³⁵ **COSME Gay Escoda, Leonardo Berini.** Cirugía bucal. Volumen 1. Editorial Océano. Barcelona – España 2004. Pág. 203-204-205-206.

y periodontopatías, igualmente hay un desgaste oclusal desigual que va asociado al hábito de masticar de un solo lado de la boca.

5.3.2.5.2.3 Obliteración de la pieza antagonista. En consecuencia a la ausencia de un diente, el antagonista va erupcionando con mayor velocidad que los dientes adyacentes y a medida que continua su erupción queda extruido. El proceso alveolar también se mueve y pueden causar inconveniente al momento de restaurar protésicamente al paciente por la disminución del espacio interoclusal.”³⁶.

5.3.2.6 RESTAURACIÓN.

“Una restauración es el relleno que se coloca adentro o alrededor de una preparación con el propósito de devolver al diente su función, forma o estética, o para evitar futuras lesiones. Es decir cuando un diente ha sufrido una pérdida de sustancia en sus tejidos duros o presenta una alteración de color, forma o tamaño es necesario restaurarlo con materiales y técnicas adecuadas.

Este procedimiento se lleva a cabo a causa de la incapacidad del diente de neo formar sus tejidos duros destruidos.

Si bien es cierto que la pulpa puede formar nueva dentina, lo hace en la profundidad de la cámara y como defensa ante el ataque recibido, no para reparar la pérdida de sustancia en la superficie del diente.

5.3.2.6.1 CLASIFICACIÓN DE LOS MATERIALES RESTAURADORES

³⁶ www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art19.asp

Se clasifican de acuerdo al tiempo que duran en la cavidad bucal.

5.3.2.6.1.1 Permanentes. Los materiales permanentes son aquellos cuya longevidad está prevista por un periodo de entre 20 y 30 años o más, como por ejemplo el oro para orificaciones, la amalgama de plata, las incrustaciones, las carillas de porcelana y las de composite.

5.3.2.6.1.2 Temporarios. Los materiales temporarios son aquellos que poseen una durabilidad de entre 3 y 10 años y que se usan por sus cualidades estéticas, como por ejemplo el composite cuando es usado en restauraciones posteriores con carga oclusal excesiva, el ionómero vítreo y el compómero.

5.3.2.6.1.3 Provisorios. Los materiales provisorios son aquellos que se usan intencionalmente para restauraciones de poca duración, y entre ellos tenemos, el oxido de zinc-eugenol, el hidróxido de calcio y las pastas de endurecimiento por contacto con la saliva.”³⁷

5.3.2.6.2 Materiales empleados en las obturaciones.

La finalidad de la restauración dental es mantener la salud, la función y la estética de los dientes y de sus tejidos de soporte en armonía con la boca y el organismo en general. “Son las propiedades de los materiales las que determinan, el comportamiento clínico de las restauraciones.

5.3.2.6.2.1 Óxido de Zinc Eugenol (ZOE).

Llamado también pasta zinquenólica, consiste en un material utilizado como base cavitaria para amalgamas, en obturaciones temporales ya que permite el sellado de

³⁷ **BARRANCOS Money.** Principios generales de las preparaciones. Buenos Aires: Médica Panamericana 2006. Pág. 529-530

la cavidad que evita el ingreso de fluidos orales, que contienen entre muchos elementos, bacterias y sus productos, en obturaciones de conductos de dientes temporales.

Su estadía en la cavidad oral depende de los requerimientos del tratamiento, por lo general son lapsos breves de tiempo, hasta que son reemplazados por materiales de obturación permanentes.

Uno de sus principales componentes, el cual le brinda todas las propiedades es el eugenol, al que se le atribuyen los siguientes efectos:

- ✓ Analgésico y anestésico.
- ✓ Antiinflamatorio.
- ✓ Bactericida
- ✓ Produce daño irreversible, en contacto directo del material con el tejido pulpar.
- ✓ En altas concentraciones es citotóxico, debido a esto, su uso se ha restringido a aquellas indicaciones que no presentan riesgo para la salud del paciente.”³⁸

5.3.2.6.2.2 Amalgama.

“Es una aleación que se consigue mezclando mercurio con plata y estaño, a las que se le pueden añadir cantidades variables de cobre y zinc.

³⁸ MAURICIO Moya, Mercedes Pinzón, Darío Forero. Manual de Odontología básica integrada. Tomo 2. Bogotá – Colombia. Pág. 251-252

Por ser un material friable, la amalgama solo presenta buenas propiedades mecánicas en espesores superiores a 1mm o más, lo que la contraindica para cavidades poco profundas o para recubrimiento de cúspides.

La popularidad de la amalgama se debe a su eficacia, bajo costo y a la facilidad para utilizarse. Es el único material que tiene la capacidad de actuar en un ambiente húmedo y contaminado y su vida útil es de 12 a 15 años. Sin embargo, presenta algunas deficiencias, como pigmentación superficial, deterioro marginal y corrosión. (Fig. 10)

Aun cuando haya sido condensada correctamente, la amalgama no presenta una buena adaptación inicial a la cavidad, lo que obliga al uso de un barniz cavitario o un adhesivo dentinario para el sellado marginal.

5.3.2.6.2.3 Composite.

Es un material altamente estético con una gama variada de colores, en comparación con la amalgama su resistencia es menor; para colocar este material no es necesario hacer una cavidad retentiva, ya que su retención es a nivel microscópico con esmalte y dentina, el sellado logrado es superior a la amalgama.

El composite debe ser pulido, para lograr naturalidad, si no es así, tendrá porosidades en la que se desarrollaran colonias bacterianas, provocando una discromía a la restauración.

Entre sus ventajas encontramos una buena estética, factor de desgaste aceptable, ausencia de mercurio, adhesión a la estructura dental y es un refuerzo para el remanente dental. Las desventajas más evidentes, llevan más tiempo de trabajo

clínico, la caries en el espacio progresa más rápidamente, su longevidad es algo limitada, su conductividad térmica es baja y se fractura con mayor facilidad que las amalgamas, cuando las cavidades son muy extensas.”³⁹

³⁹ **BARRANCOS Money**. Operatoria dental: tratamiento, materiales y técnicas. Buenos Aires. Médica Panamericana 2006. Pág. 731-732-733

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODOS

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA

- ✓ Es bibliográfica, porque se apoyó por datos obtenidos en libros y en la web.
- ✓ Es de campo, por que se aplicaron técnicas como las encuestas y la observación, a los adultos que asistieron al departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

- ✓ **Exploratoria:** La presente investigación se realizó en el Dpto. Odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda” debido al elevado número de pacientes adultos que asisten a la consulta y presentaban un considerable grado de placa bacteriana, cálculo y caries.
- ✓ **Descriptiva:** El problema se lo describió mediante la técnica del árbol del problema.
- ✓ **Analítica:** Se analizó mediante la verificación de la prevención oral que tienen los pacientes adultos que acuden a la consulta en el Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

- ✓ **Sintética:** Al finalizar esta investigación se lograron obtener datos sobre cuál es la relación entre la prevención oral y los indicadores epidemiológicos de los pacientes adultos atendidos en el Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.
- ✓ **Propositiva:** En base a los resultados obtenidos de la investigación se diseñó una propuesta alternativa de solución al problema encontrado.

6.2 TÉCNICAS

- ✓ Encuestas
- ✓ Observación

6.3 INSTRUMENTOS

- ✓ Formulario de encuestas.
- ✓ Fichas clínicas.
- ✓ Fichas de observación.

6.4 POBLACIÓN

La población tomada en consideración para la presente investigación es de 285 adultos que asistieron como promedio mensual al departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

6.5 TAMANO DE LA MUESTRA

La muestra es de 68 adultos

6.6 RECURSOS

6.6.1 TALENTO HUMANO

- ✓ Investigadora
- ✓ Pacientes adultos atendidos en el departamento Odontológico del Hospital Regional de Portoviejo.
- ✓ Directora de tesis

6.6.2 RECURSOS MATERIALES

- ✓ Materiales de oficina
- ✓ Fotocopias
- ✓ Internet
- ✓ Memory
- ✓ Encuadernación
- ✓ Instrumental de diagnóstico
- ✓ Suministros
- ✓ Digitación.

6.6.3 RECURSOS ECÓNOMICOS

La tesis tiene un costo aproximado de \$327,55 y está financiada por la autora de la misma. (Ver en anexo 1)

6.7 DESARROLLO METODOLÓGICO

El proyecto de la tesis se inició la primera semana de septiembre hasta la segunda semana de octubre, el desarrollo del marco teórico se lo inició el 19 de octubre hasta el 11 de noviembre, luego se procedió a la elaboración de los instrumentos de recolección de datos: fichas clínicas, encuestas y fichas de observación realizándolas en la segunda semana de noviembre del 12 hasta el 13 de dicho mes; obtenidos los instrumentos de recolección de datos se procedió a la investigación de campo con la muestra de 68 pacientes adultos, iniciándola el 16 de noviembre hasta el 30 del mismo mes; concluida la investigación de campo se procedió a la tabulación de datos en el programa de Excel, la cual se la realizó en la primera y segunda semana de diciembre.

La elaboración de la propuesta se la realizó la segunda semana de diciembre.

La segunda semana de enero se realizó la presentación del borrador de tesis y revisión de tribunal presentándola el martes 12 de dicho mes.

La tercera semana de enero se realizó la elaboración definitiva de la tesis con las sugerencias del tribunal de sustentación, una vez corregida la tesis se procedió a la presentación de los ejemplares originales empastados previa a la defensa y sustentación pública.

CAPITULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

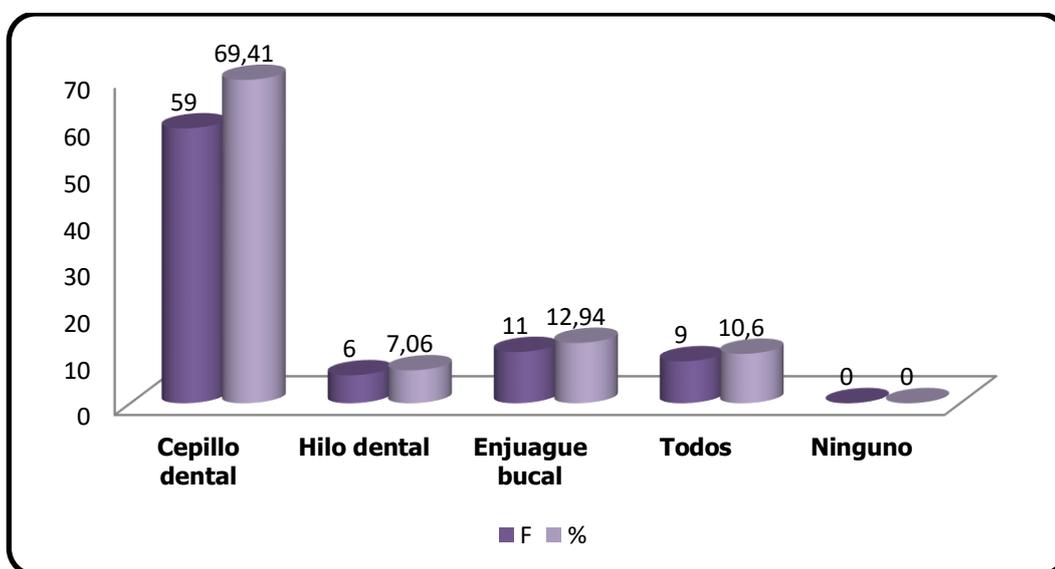
7.1.1. RESULTADO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL “VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

GRAFICUADRO N° 1

IMPLEMENTOS DE HIGIENE ORAL

De los siguientes implementos ¿cuáles utiliza en su higiene diaria?

ALTERNATIVAS	F	%
Cepillo dental	59	69,41
Hilo dental	6	7,06
Enjuague bucal	11	12,94
Todos	9	10,60
Ninguno	0	0
Total	85	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 1 se encontró que de los 68 adultos encuestados, 59 adultos que equivale el 69,41% dijeron que utilizan el **CEPILLO DENTAL** en su higiene diaria; 6 adultos que corresponden al 7,06% contestaron que utilizan el **HILO DENTAL** en su higiene diaria; 11 adultos que corresponden al 12,94% respondieron que utilizan el **ENJUAGUE BUCAL** en su higiene diaria; 9 adultos que corresponden el 10,60% contestaron que utilizan **TODOS** los implementos de higiene oral; y 0 adultos que corresponden el 0% no utilizan **NINGUNO** de los implementos de higiene oral.

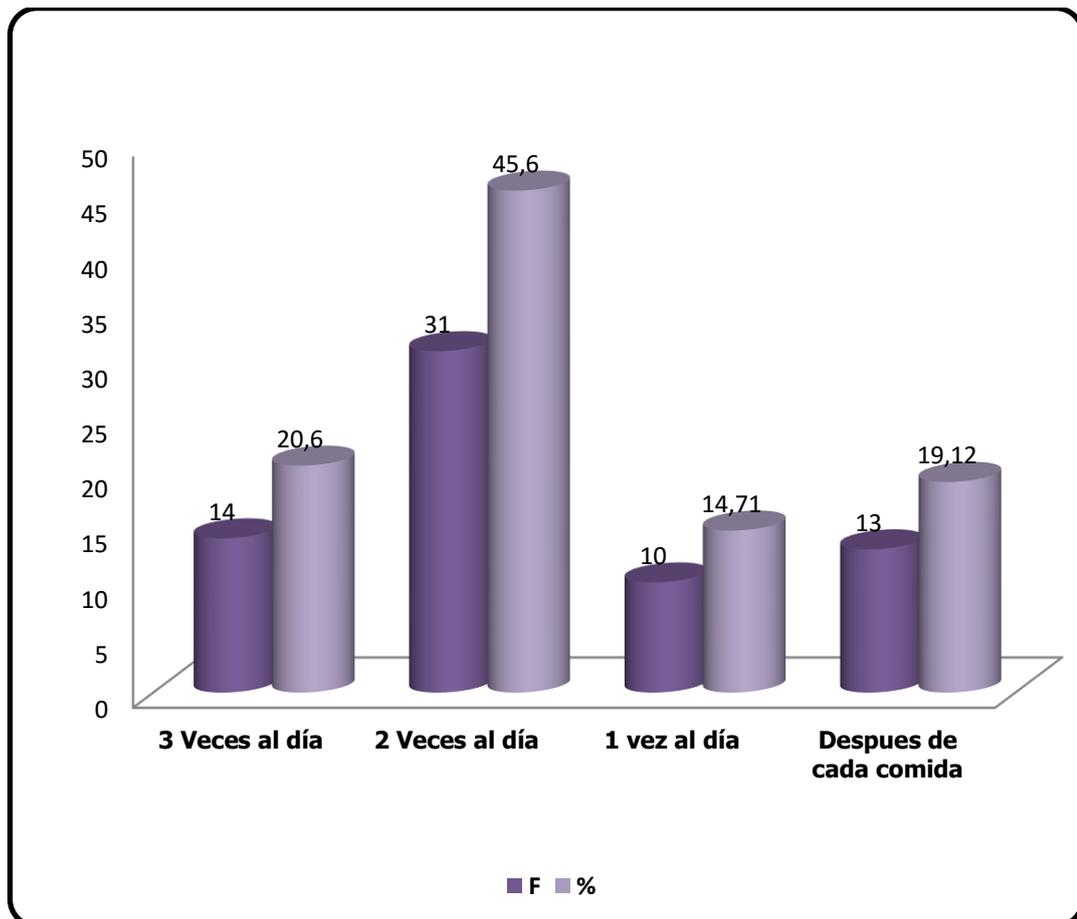
Según Barrancos Mooney en su libro Operatoria Dental, en la página 376 dijo que **“el cepillado de los dientes es el método de higiene bucal más ampliamente difundido y cuenta con un alto grado de accesibilidad social”**.

Dando como resultado que la mayoría de los pacientes adultos solo utilizan el cepillo y la pasta dental.

GRAFICUADRO N° 2

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes al día?

ALTERNATIVAS	F	%
3 Veces al día	14	20,60
2 Veces al día	31	45,60
1 Vez al día	10	14,71
Después de cada comida	13	19,12
Total	68	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 2 se manifestó que de los 68 adultos encuestados, 14 pacientes que equivale al 20,60% dijeron que **3 VECES AL DÍA** se cepillan los dientes; 31 adultos que equivale al 45,60% contestaron que **2 VECES AL DÍA** se cepillan los dientes; 10 adultos que corresponden el 14,71% contestaron que **1 VEZ AL DÍA** se cepillan los dientes y 13 adultos que corresponden el 19,12% contestaron que **DESPUÉS DE CADA COMIDA** se cepillan los dientes.

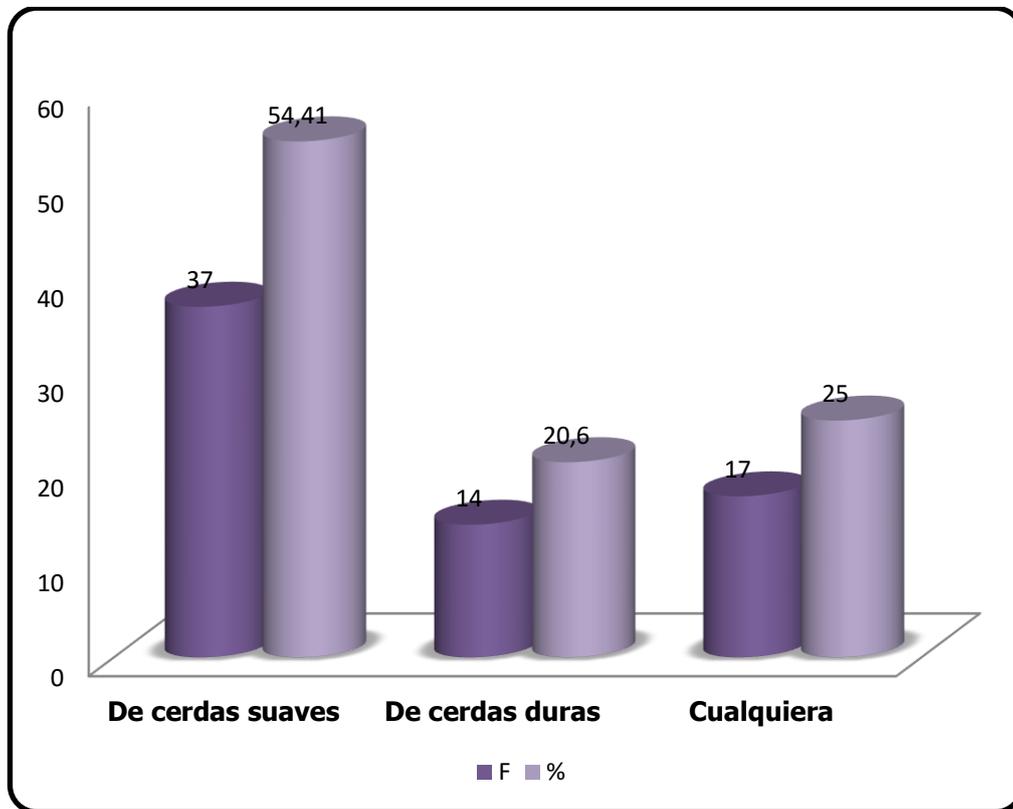
Según Barrios M. Gustavo en su libro Odontología en la pág. 306 dijo que **“Generalmente se aconseja hacer un cepillado prolijo al menos una vez al día; sin embargo, lo ideal es hacerlo varias veces al día, con propósitos cosméticos y de prevención de halitosis”**.

Dando como resultado que un bajo porcentaje se cepillan los dientes después de cada comida

GRAFICUADRO N°3

¿Qué tipo de cepillo dental usted utiliza?

ALTERNATIVAS	F	%
De cerdas suaves	37	54,41
De cerdas duras	14	20,60
Cualquiera	17	25
Total	68	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el grafico N°. 3 se manifestó que de los 68 adultos encuestados, 37 adultos que equivalen al 54,41% utilizan cepillos **DE CERDAS SUAVES**; 14 adultos que corresponden el 20,60% utilizan cepillos **DE CERDAS DURAS** y 17 adultos que equivalen al 25% utilizan **CUALQUIER** tipo de cepillo dental.

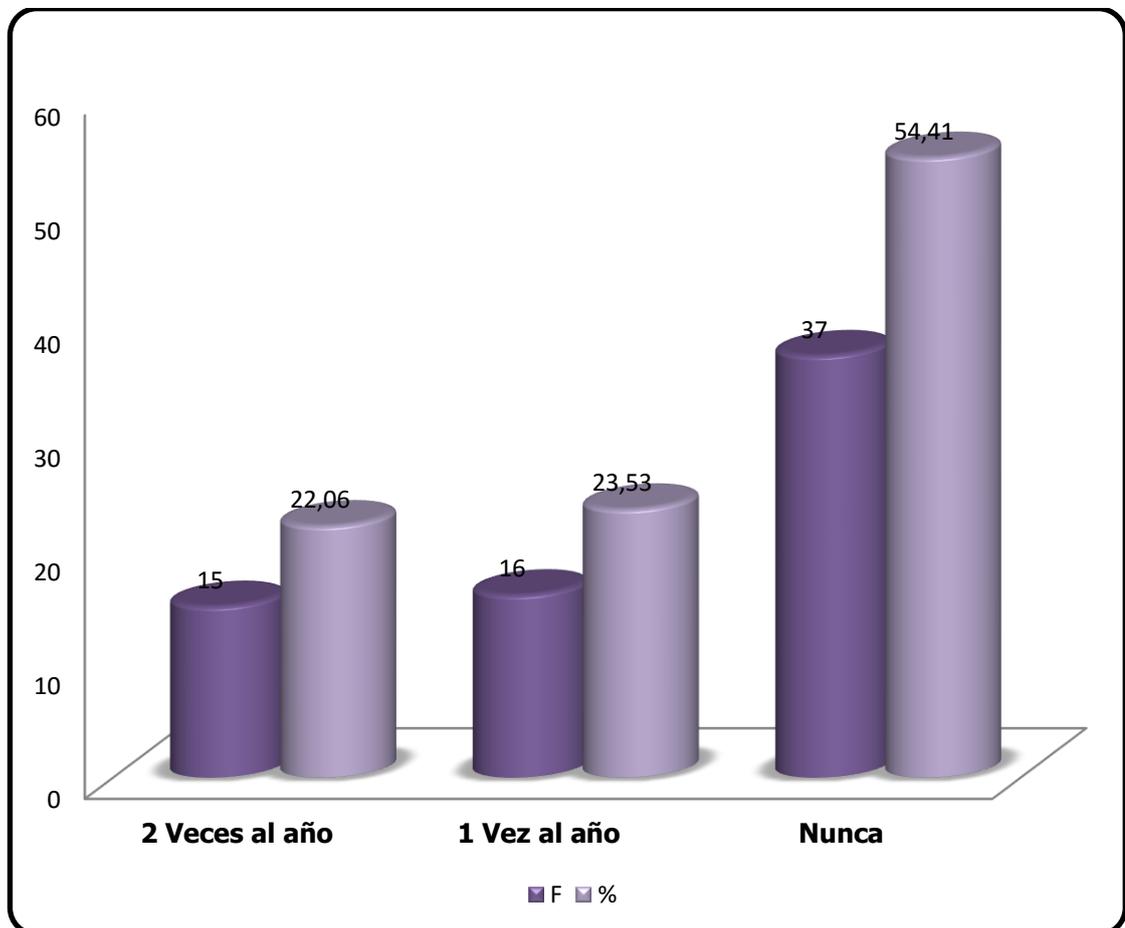
Según Barranco en su libro Operatoria Dental en la página 405 aseguró que **“el tipo de cepillo depende de la necesidad individual. No todos los cepillos son adecuados para todos los pacientes, el cepillo debe ajustarse a la técnica de cepillado recomendada y ser de fácil manipulación”**

Lo que nos da como resultado que la mayoría de adultos utilizan cepillos dentales de cerdas suaves.

GRAFICUADRO N° 4

¿Cada qué tiempo se realiza una profilaxis?

ALTERNATIVAS	F	%
2 Veces al año	15	22,06
1 Vez al año	16	23,53
Nunca	37	54,41
Total	68	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 4 se encontró que de los 68 adultos encuestados, 15 adultos que equivalen al 22,06% se han realizado **2 VECES AL AÑO** una profilaxis; 16 adultos que corresponden el 23,53% se han realizado **1 VEZ AL AÑO** una profilaxis; y 37 adultos que equivalen al 54,41% **NUNCA** se han realizado una profilaxis.

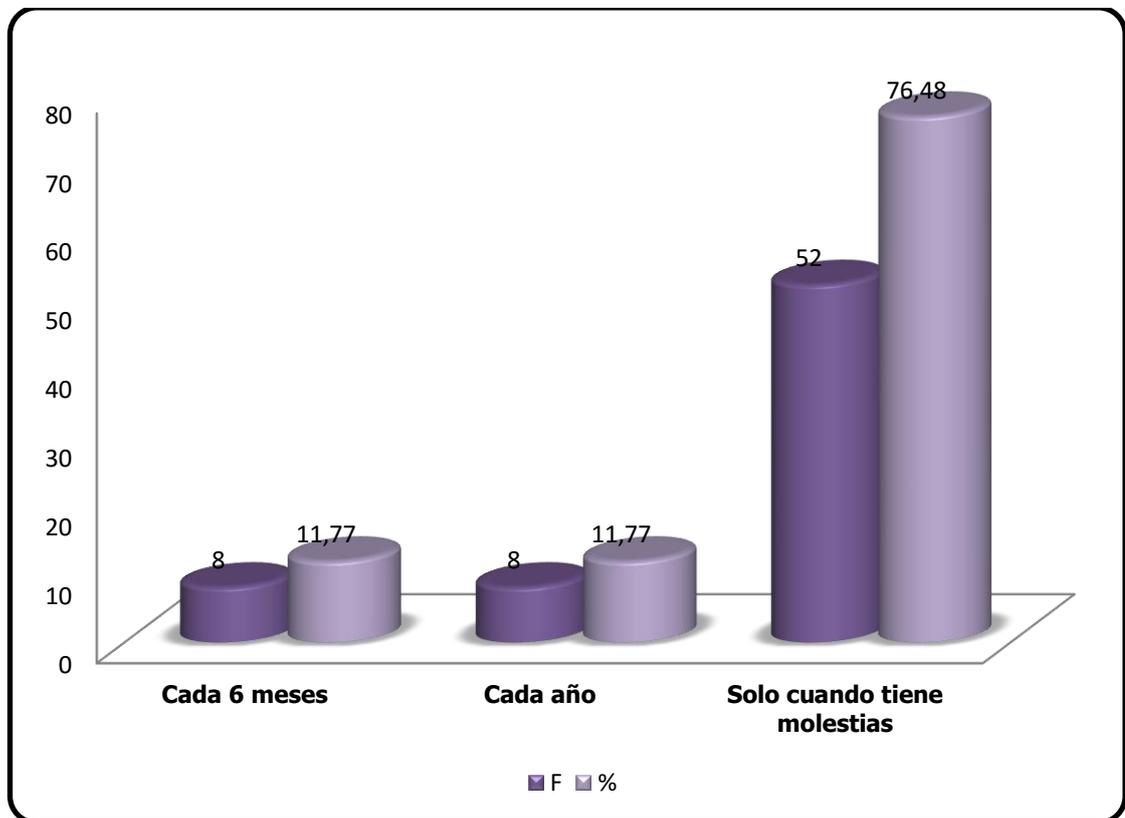
En la página www.healthlibrary.epnet.com se muestra que **“La limpieza dental profesional, también conocida como "profilaxis dental", es el procedimiento odontológico de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental. Lo ideal es hacer dicho procedimiento cada 6 meses.”**

Lo que da como resultado que la mayoría de los pacientes no está realizando una prevención adecuada.

GRAFICUADRO N° 5

¿Con qué frecuencia acude al odontólogo?

ALTERNATIVAS	F	%
Cada 6 meses	8	11,77
Cada año	8	11,77
Solo cuando tiene molestias	52	76,48
Total	68	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del "Hospital Regional Verdi Cevallos Balda" de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 5 se manifestó que de los 68 adultos encuestados, 8 adultos que equivalen al 11,77% contestaron que **CADA 6 MESES** acuden al odontólogo; 8 adultos que equivalen al 11,77% respondieron que **CADA AÑO** acuden al odontólogo; y 52 adultos que corresponden al 76,48% contestaron que **SOLO CUANDO TIENE MOLESTIAS** acude al odontólogo.

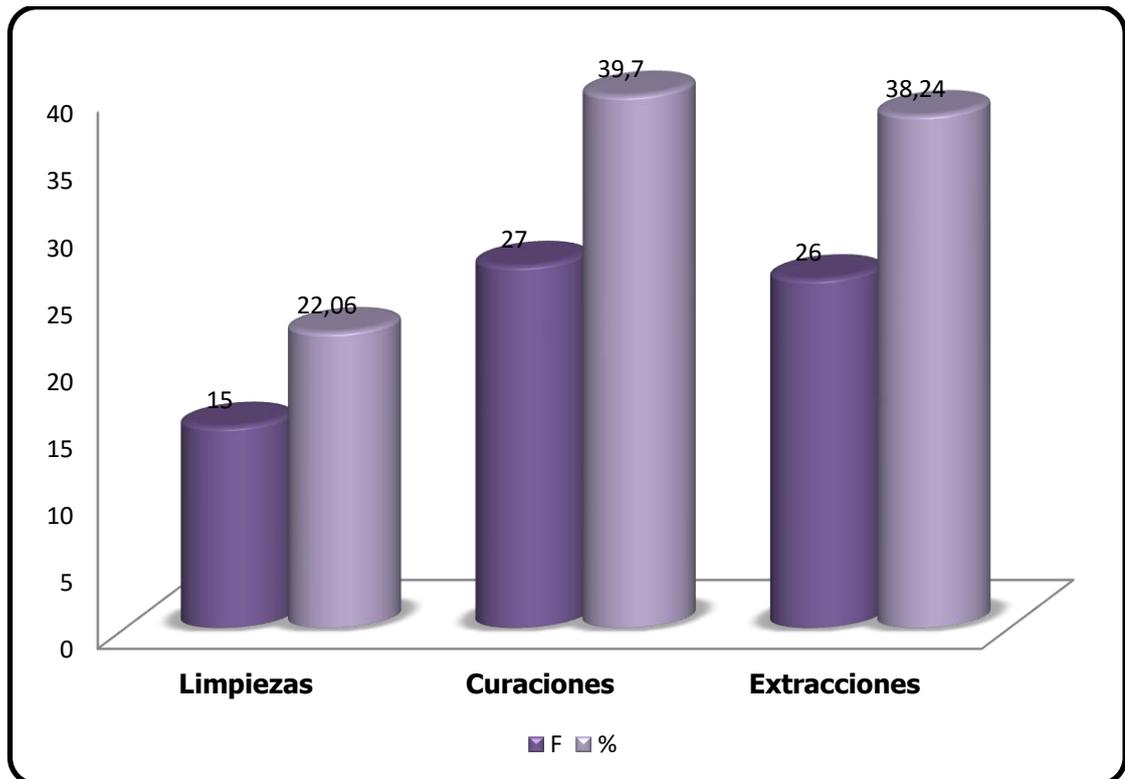
En la página www.dmedicina.com nos indica que “**Casi todos los pacientes acuden al dentista solo cuando presentan dolor, en la mayoría de las ocasiones se trata de dolor dental severo. Esto hace que las actuaciones de los especialistas tengan que ir encaminadas a resolver dicha molestia y, muy pocas veces pueden llegar a prevenirlo**”.

Esto queda demostrado con la investigación realizada, que la mayoría de los adultos acuden al odontólogo solo cuando tienen una molestia dental.

GRAFICUADRO N° 6

¿Cuáles son los tratamientos odontológicos que se realiza con mayor frecuencia?

ALTERNATIVAS	F	%
Limpiezas	15	22,06
Curaciones	27	39,7
Extracciones	26	38,24
Total	68	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 6 se encontró que de los 68 adultos encuestados, 15 adultos que equivalen al 22,06% contestaron que las **LIMPIEZAS** son el tratamiento odontológico que se realizan con mayor frecuencia; 27 adultos que corresponden al 39,7% contestaron que las **CURACIONES** son el tratamiento odontológico que se realizan con mayor frecuencia; y 26 adultos que equivalen al 38,24% respondieron que las **EXTRACCIONES** son el tratamiento odontológico que se realizan con mayor frecuencia.

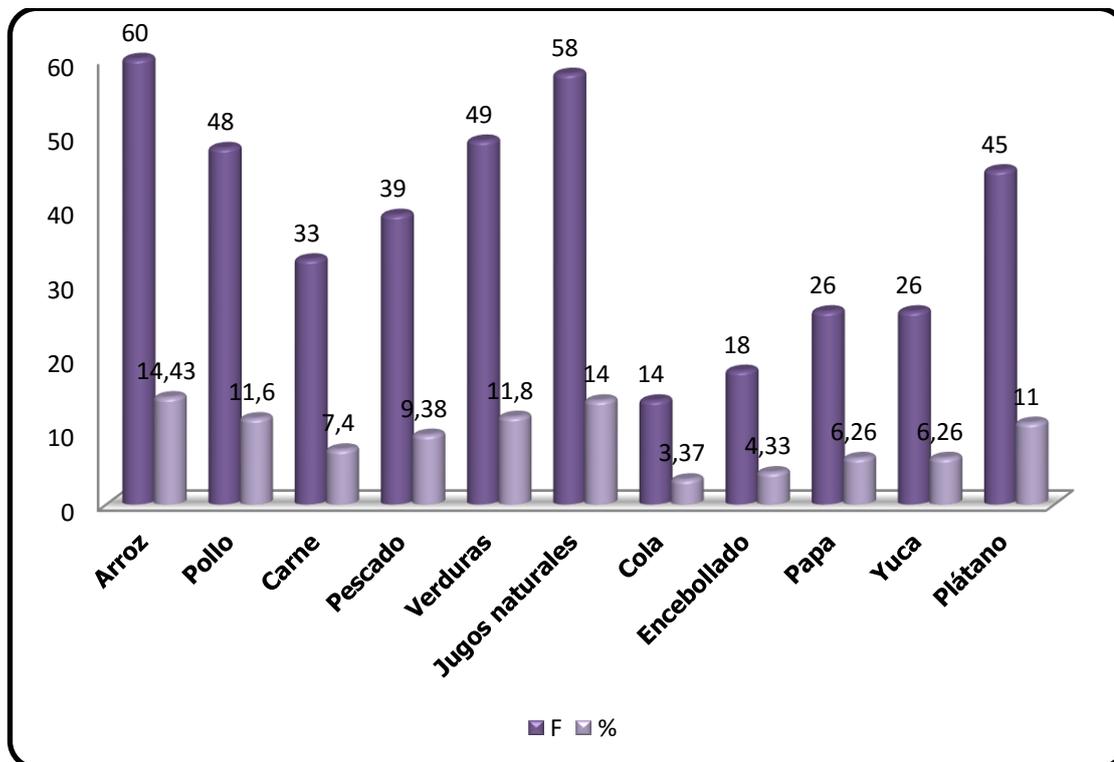
En la página www.gerontología.uchile.cl/docs/cuidados.com dice que “**La atención primaria en el paciente adulto, debe tener un enfoque esencialmente preventivo y estar orientada hacia la instrucción del paciente, y deberá incluir las diferentes medidas para el control de la placa bacteriana, y la correcta utilización de los implementos de higiene oral y sus técnicas**”.

Lo que nos muestra que los adultos que asisten al departamento odontológico no acuden por tratamientos preventivos, en su mayoría van para realizarse curaciones.

GRAFICUADRO N° 7

¿Cuáles son los alimentos que ingiere con mayor frecuencia en el almuerzo?

ALTERNATIVAS	F	%
Arroz	60	14,43
Pollo	48	11,6
Carne	33	7,40
Pescado	39	9,38
Verduras	49	11,8
Jugos naturales	58	14
Cola	14	3,37
Encebollado	18	4,33
Papa	26	6,26
Yuca	26	6,26
Plátano	45	11
Total	416	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 7 se encontró que de los 68 adultos encuestados, 60 adultos que equivalen al 14,43% respondieron que ingieren con mayor frecuencia **ARROZ** en el almuerzo; 48 adultos que corresponden al 11,6% contestaron que ingieren con mayor frecuencia **POLLO** en el almuerzo; 33 adultos que equivalen al 7,4% respondieron que ingieren con mayor frecuencia **CARNE** en el almuerzo; 39 adultos que equivalen al 9,38% contestaron que ingieren con mayor frecuencia **PESCADO** en el almuerzo; 49 adultos que corresponden el 11,8% respondieron que ingieren con mayor frecuencia **VERDURAS** en el almuerzo; 58 adultos que corresponden el 14% contestaron que ingieren con mayor frecuencia **JUGOS NATURALES** en el almuerzo; 14 adultos que equivalen al 3,37% respondieron que ingieren con mayor frecuencia **COLA** en el almuerzo; 18 adultos que corresponden el 4,33% respondieron que ingieren con mayor frecuencia **ENCEBOLLADO** en el almuerzo; 26 adultos que equivalen al 6,26% respondieron que ingieren con mayor frecuencia **PAPA** en el almuerzo; 26 adultos que corresponden el 6,26% contestaron que ingieren con mayor frecuencia **YUCA** en el almuerzo; y 45 adultos que equivalen al 11% respondieron que ingieren con mayor frecuencia **PLÁTANO** en el almuerzo.

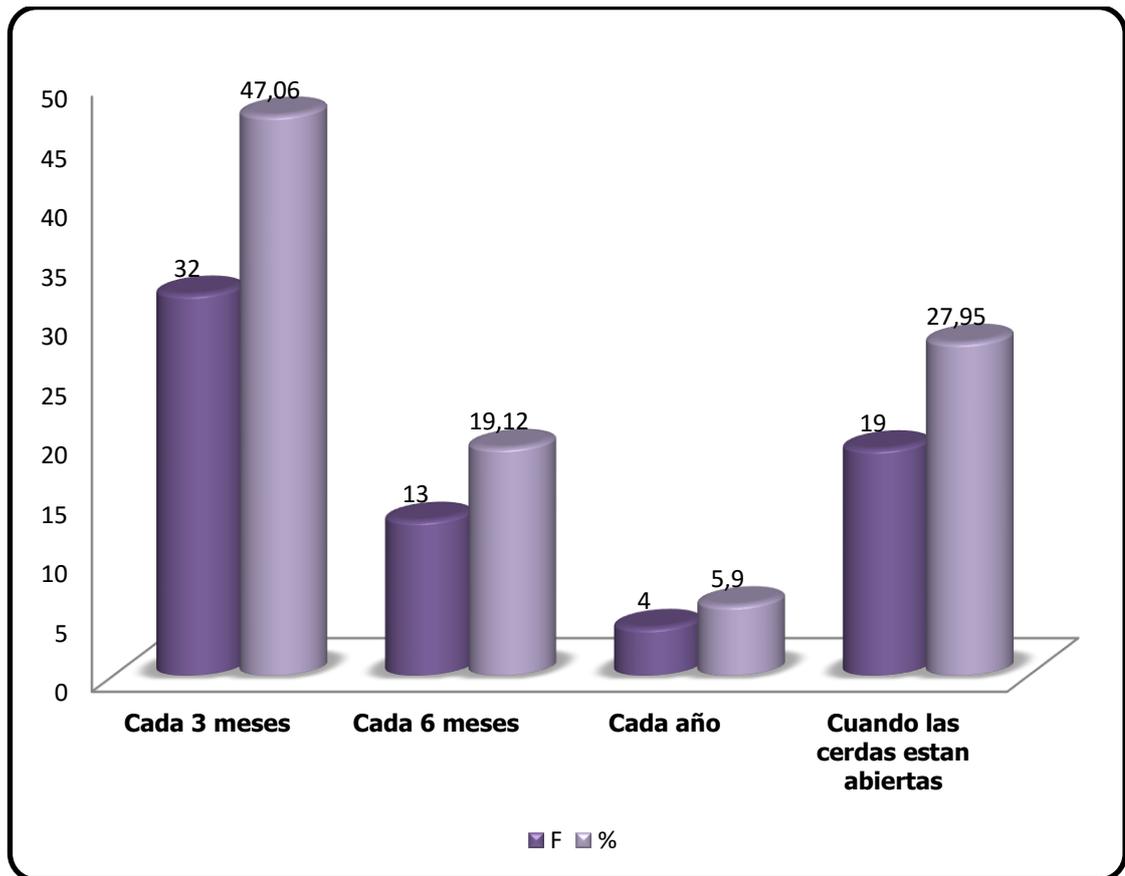
Según los doctores Carlos Caballero y Antonio González en el libro Tratado de Pediatría Social en la pág. 431 dijeron que “**El factor dietético favorecedor de la aparición de caries es la frecuencia del consumo de hidratos de carbono refinado, más que la cantidad en sí.**”

En la investigación realizada queda demostrado que la mayoría de los adultos tienen un consumo muy alto de carbohidratos en su dieta diaria.

GRAFICUADRO N° 8

¿Con qué frecuencia cambia su cepillo dental?

ALTERNATIVAS	F	%
Cada 3 meses	32	47,06
Cada 6 meses	13	19,12
Cada año	4	5,9
Cuando las cerdas están abiertas	19	27,95
Total	68	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 8 se encontró que de los 68 adultos encuestados, 32 adultos que equivalen al 47,06% respondieron que **CADA 3 MESES** cambian su cepillo dental; 13 adultos que corresponden el 19,12% contestaron que **CADA 6 MESES** cambian su cepillo dental; 4 adultos que corresponden el 5,9% respondieron que **CADA AÑO** cambian su cepillo dental; y 19 adultos que equivalen al 27,95% contestaron que **CUANDO LAS CERDAS ESTAN ABIERTAS** cambian su cepillo dental.

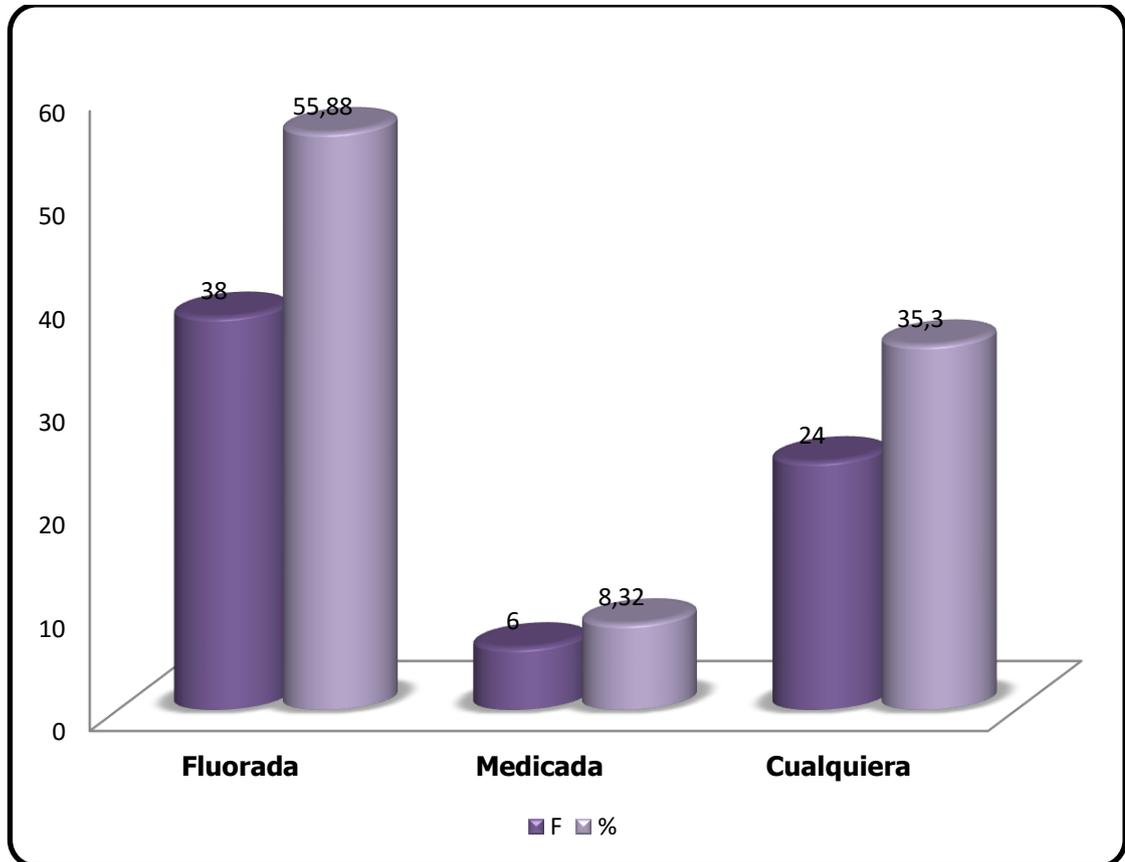
Según los doctores Ramón Boneta y Antonieta Garrote “**El cepillo debe ser de tamaño y forma adecuado a las características de la cavidad oral y debe ser renovado, como máximo, cada 2-3 meses. Un cepillo en mal estado, además de no limpiar adecuadamente, puede producir lesiones bucales.**”

Con respecto a los datos obtenidos en la encuesta la mayoría de los adultos cambian su cepillo dental cada 3 meses, lo cual es correcto.

GRAFICUADRO N° 9

¿Qué tipo de pasta dental utiliza?

ALTERNATIVAS	F	%
Fluorada	38	55,88
Medicada	6	8,82
Cualquiera	24	35,30
Total	68	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 9 se manifestó que de los 68 adultos encuestados, 38 adultos que corresponden el 55,88% contestaron que utilizan una pasta dental **FLUORADA**; 6 adultos que equivalen al 8,32% respondieron que utilizan una pasta dental **MEDICADA**; y 24 adultos que corresponden el 35,3% contestaron que utilizan una pasta dental **CUALQUIERA**.

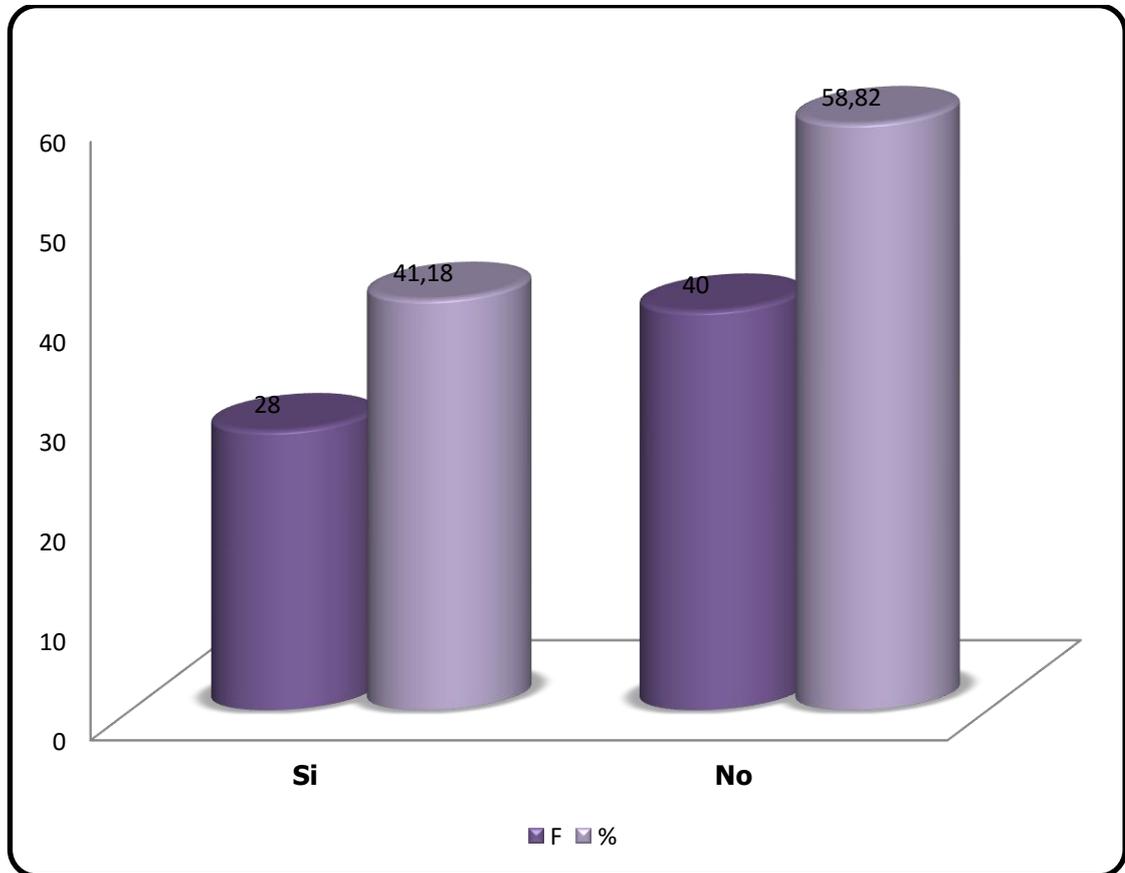
La página www.saludalia.com nos dice **“Los dentífricos o pastas dentales nos ayudan durante el cepillado a eliminar mejor los residuos que pueden quedar en la boca, además nos proporcionan un aliento fresco, eliminan manchas o bien sirven como vehículo de transporte para sustancias específicas que pueden tratar algunos problemas bucales.”**

Dando como resultado de la encuesta que la mayoría de los adultos encuestados utilizan pastas dentales Fluoradas.

GRAFICUADRO N° 10

¿Ha recibido charlas sobre salud oral en el hospital?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	28	41,18
No	40	58,82
Total	68	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del "Hospital Regional Verdi Cevallos Balda" de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 10 se manifestó que de los 68 adultos encuestados, 28 adultos que corresponden el 41,18% respondieron que **SI** han recibido charlas sobre salud oral en el hospital; y 40 adultos que equivalen al 58,82 contestaron que **NO** han recibido charlas sobre salud oral en el hospital.

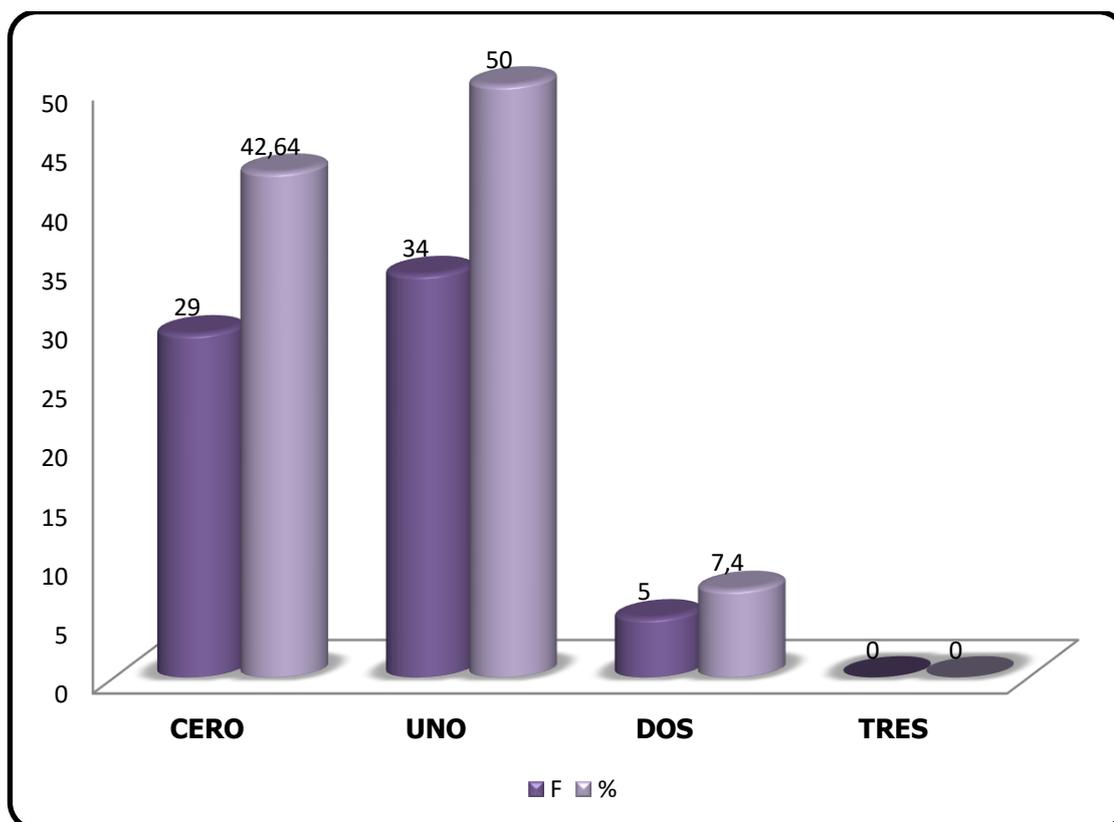
La Dra. Marly Morillo dice que **“La salud integral representa el bienestar físico, mental, social y espiritual en el avance de la sociedad. En tal sentido, para alcanzar una calidad de vida como derecho fundamental de todo ser humano, es necesario una serie de medidas fundamentales que correspondan en nuestra parte a un plan de motivación destinado a fomentar la formación del hábito de higiene bucal dirigida a los pacientes que asisten a la consulta odontológica.”**

Es preocupante comprobar que la mayoría de los adultos encuestados no han recibido ningún tipo de charlas sobre prevención oral en el hospital.

7.1.2. RESULTADOS DE LAS FICHAS CLÍNICAS PARA DETERMINAR EL ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO EN LOS PACIENTES ADULTOS QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL “HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO.

GRAFICUADRO N° 1
INDICADORES DE SALUD BUCAL
PLACA DENTAL

GRADO	F	%
CERO	29	42,64
UNO	34	50
DOS	5	7,4
TRES	0	0
Total	68	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.
ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 1 se encontró que de los 68 adultos encuestados en el Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda” en el **GRADO CERO** hay 29 adultos que corresponden al 42,64% no presentan placa dental; en el **GRADO UNO** se encontró 34 adultos que corresponden el 50% que tienen placa dental; en el **GRADO DOS** se encontró 5 adultos que equivalen al 7,4% que tienen placa dental; y en el **GRADO TRES** se encontró que de los 68 adultos examinados ninguno presentó placa dental.

Según Masson en su libro, Manual de Odontología en la Pág. 31 “**Índice de placa... es un complemento de índice Gingival para evaluar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo.**

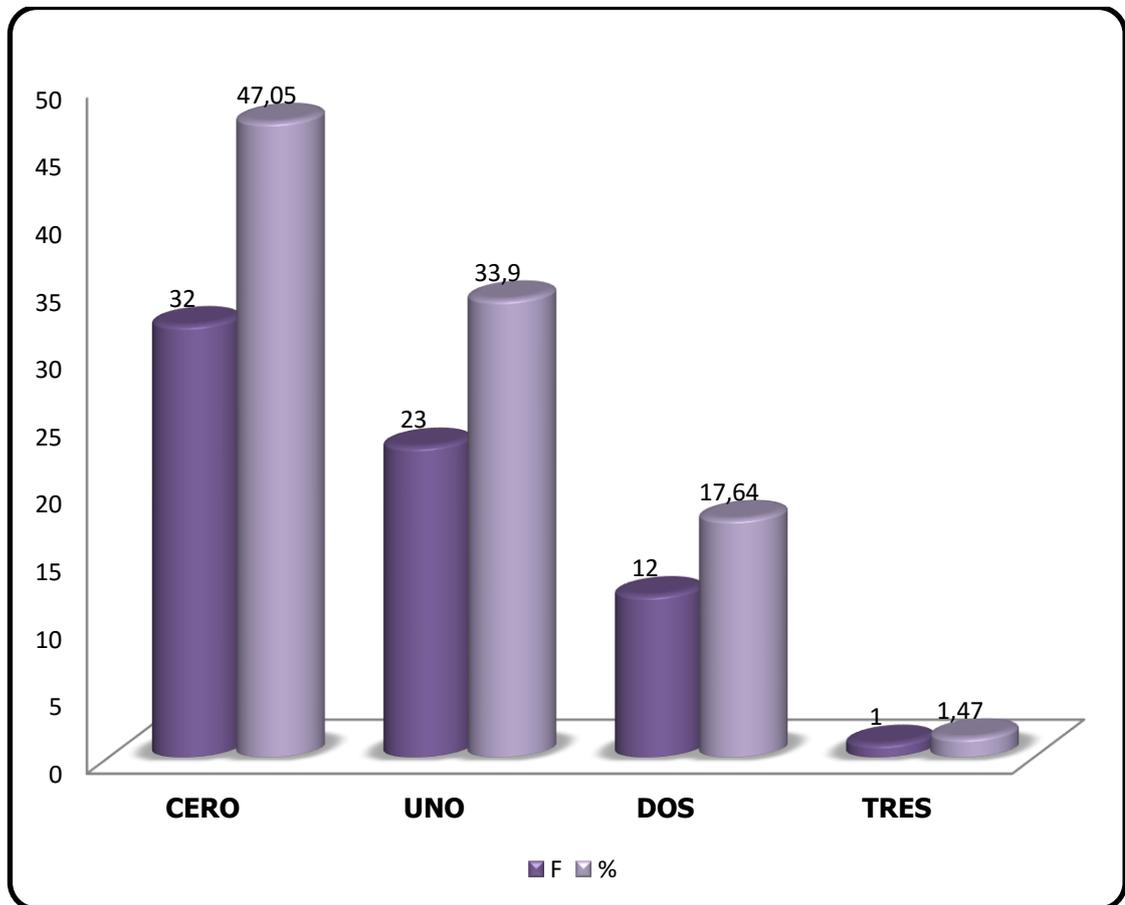
0= ausencia de placa. 1= presencia de placa en el área interproximal o en el margen gingival, cubriendo menos de 1/3 de la mitad gingival de la superficie bucal o lingual del diente. 2= placa que cubre 1/3 y 2/3 de la mitad gingival de la superficie vestibular o lingual del diente. 3= placa en más de 2/3 de la mitad gingival de la superficie bucal o lingual del diente.”

La mayoría de los adultos a los que se les realizó las fichas clínica presentan placa dental grado 1.

GRAFICUADRO N° 2

CÁLCULO

GRADO	F	%
CERO	32	47,05
UNO	23	33,9
DOS	12	17,64
TRES	1	1,47
Total	68	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 2 encontramos que de los 68 adultos encuestados en el **GRADO CERO** hay 32 adultos que equivalen al 47,05% no presentan cálculo dental; en el **GRADO UNO** se encontró 23 adultos que corresponden el 33,9% que tienen cálculo dental; en el **GRADO DOS** se encontró 12 adultos que corresponden el 17,64% que tienen cálculo dental; y el **GRADO TRES** que hubo 1 adulto que equivale el 1,47% que tienen cálculo dental.

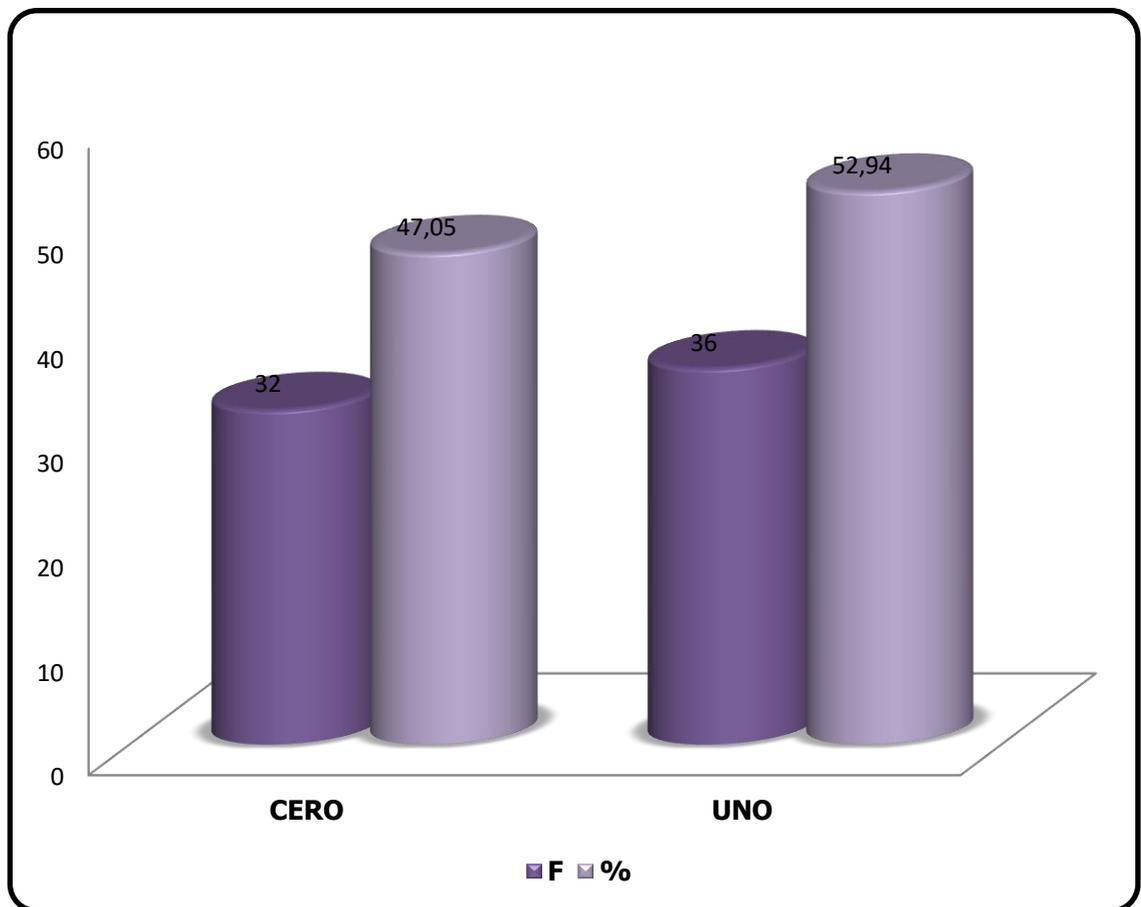
Shhick y Ach le realizaron algunas modificaciones al índice y le agregaron los componentes de placa y cálculo “...0= **Ausencia de cálculo. 1= Cálculo supragingival, pudiendo existir también bajo la encía libre, siempre y cuando no exceda de 1 mm. 2= Cantidad moderada de cálculo supra y subgingival o solamente cálculo subgingival. 3= Presencia abundante de cálculo supra y subgingival.**”

Una cantidad moderada de pacientes adultos presentó una acumulación de cálculo grado 2

GRAFICUADRO N° 3

GINGIVITIS

ALTERNATIVAS	F	%
CERO	32	47,05
UNO	36	52,94
Total	68	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

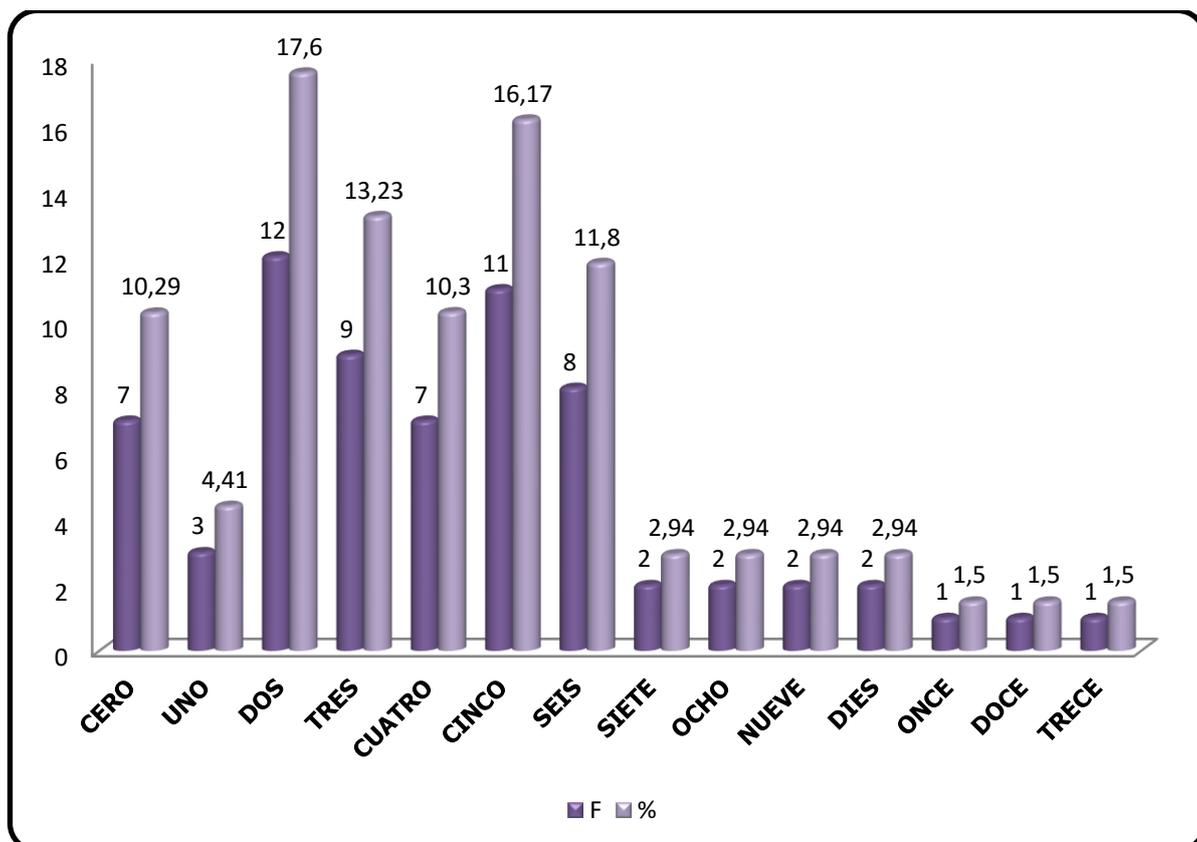
En el gráfico N°. 3 se puede demostrar que de los 68 adultos encuestados, en el **GRADO CERO** existen 32 adultos que equivalen al 47,05% que no presentan gingivitis; en el **GRADO UNO** se encontró 36 adultos que corresponden al 52,94% que tienen gingivitis.

Fue desarrollado por Silness y Loe en 1963 y perfeccionado nuevamente por Loe en 1967, para medir diferentes niveles de inflamación gingival. **“Este índice se utiliza para evaluar el tejido gingival en lo que respecta a los estadios de gingivitis y enfermedad periodontal reversible, pero no a pérdida ósea ni a periodontitis irreversible.”**

Dando como resultado que la gran mayoría de los pacientes a los que se les realizó la ficha clínica presentaron gingivitis.

GRAFICUADRO N° 4
INDICADORES DEL “CPO”
CARIADOS

GRADO	F	%
CERO	7	10,29
UNO	3	4,41
DOS	12	17,6
TRES	9	13,23
CUATRO	7	10,3
CINCO	11	16,17
SEIS	8	11,8
SIETE	2	2,94
OCHO	2	2,94
NUEVE	2	2,94
DIEZ	2	2,94
ONCE	1	1,5
DOCE	1	1,5
TRECE	1	1,5
Total	68	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.
ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 4 encontramos que de los 68 adultos encuestados en el **GRADO CERO** 7 adultos que equivale al 10,29% no presentan caries; en el **GRADO UNO** se encontró 3 adultos que corresponden el 4,41% que presentan caries; en el **GRADO DOS** 12 adultos que equivalen al 17,6% que presentan caries; en el **GRADO TRES** 9 adultos que corresponden el 13,23% que presentan caries; en el **GRADO CUATRO** 7 adultos que equivalen al 10,3% que presentan caries; en el **GRADO CINCO** 11 adultos que corresponden el 16,17% que presentan caries; en el **GRADO SEIS** 8 adultos que equivalen al 11,8% que presentan caries; en el **GRADO SIETE** 2 adultos que corresponden el 2,94% que presentan caries; en el **GRADO OCHO** hay 2 adultos que corresponden el 2,94% que tienen caries; en el **GRADO NUEVE** hay 2 adultos que equivalen al 2,69% que tienen caries; en el **GRADO DIEZ** 2 adultos correspondiente al 2,94% que tienen caries; en el **GRADO ONCE** 1 adulto correspondiente al 1,47% con presencia de caries; en el **GRADO DOCE** hay 1 adulto que equivale al 1,47% que tienen caries; en el **GRADO TRECE** 1 adulto que es el 1,47% con presencia de caries.

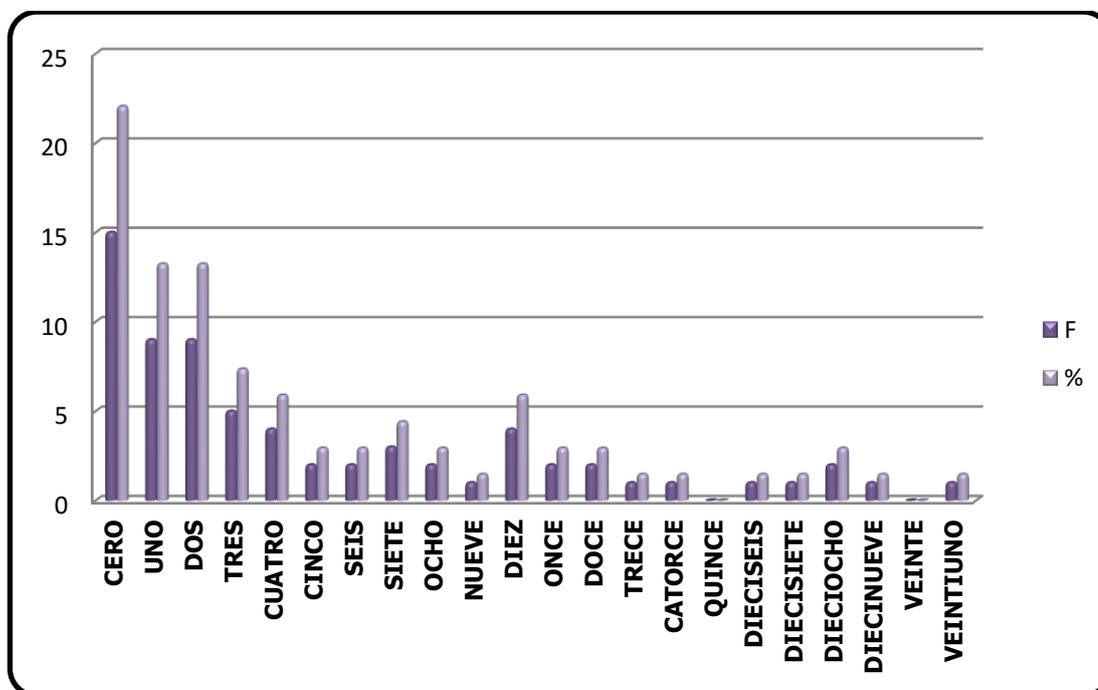
CPO fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson “**C.P.O. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental**”.

Dando como resultado que la gran mayoría de los pacientes presentaron un alto índice de dientes cariados.

GRAFICUADRO N° 5

PERDIDOS

ALTERNATIVAS	F	%
CERO	15	22,05
UNO	9	13,24
DOS	9	13,24
TRES	5	7,36
CUATRO	4	5,9
CINCO	2	2,94
SEIS	2	2,94
SIETE	3	4,41
OCHO	2	2,94
NUEVE	1	1,47
DIEZ	4	5,9
ONCE	2	2,94
DOCE	2	2,94
TRECE	1	1,47
CATORCE	1	1,47
QUINCE	0	0
DIECISEIS	1	1,47
DIECISIETE	1	1,47
DIECIOCHO	2	2,94
DIECINUEVE	1	1,47
VEINTE	0	0
VEINTIUNO	1	1,47
Total	68	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 5 encontramos que de los 68 adultos encuestados en el **GRADO CERO** 15 adultos que corresponden al 22,05% no han perdido sus piezas dentarias; en el **GRADO UNO** 9 adultos que equivalen el 13,24% han perdido sus piezas dentarias; en el **GRADO DOS** 9 adultos que equivalen el 13,24% han perdido sus piezas dentarias; en el **GRADO TRES** 5 adultos que corresponden al 7,35% han perdido sus dientes; en el **GRADO CUATRO** 4 adultos que corresponden al 5,9% han perdido sus dientes; en el **GRADO CINCO** 2 adultos que equivalen al 2,94% han perdido sus piezas dentarias; en el **GRADO SEIS** 2 adultos que corresponden el 2,94% han perdido sus dientes; en el **GRADO SIETE** 3 adultos que equivalen al 4,41% han perdido sus dientes; en el **GRADO OCHO** 2 adultos que corresponden al 2,94% han perdido sus dientes; en el **GRADO NUEVE** 1 adulto que equivale al 1,47% ha perdido sus dientes; en el **GRADO DIEZ** 4 adultos que corresponden al 5,9% han perdido sus dientes; en el **GRADO ONCE** 2 adultos que equivalen al 2,94% han perdido sus dientes; en el **GRADO DOCE** 2 adultos que corresponden al 2,94% han perdido sus dientes; en el **GRADO TRECE** 1 adulto que corresponde el 1,47% ha perdido sus piezas dentarias; en el **GRADO CATORCE** 1 adulto que equivale al 1,47% ha perdido sus dientes; en el **GRADO QUINCE** 0 adultos que es el 0% no ha perdido sus dientes; en el **GRADO DIECISEIS** 1 adulto que corresponde al 1,47% ha perdido sus dientes; en el **GRADO DIECIOCHO** 1 adulto que equivale al 1,47% ha perdido sus piezas dentarias; en el **GRADO DIECINUEVE** 1 adulto que equivale al 1,47% ha perdido sus dientes; en el **GRADO VEINTE** 0 adultos que

es el 0% no han perdido sus dientes; en el **GRADO VEINTIUNO** 1 adulto que corresponde al 1,47% ha perdido sus piezas dentarias.

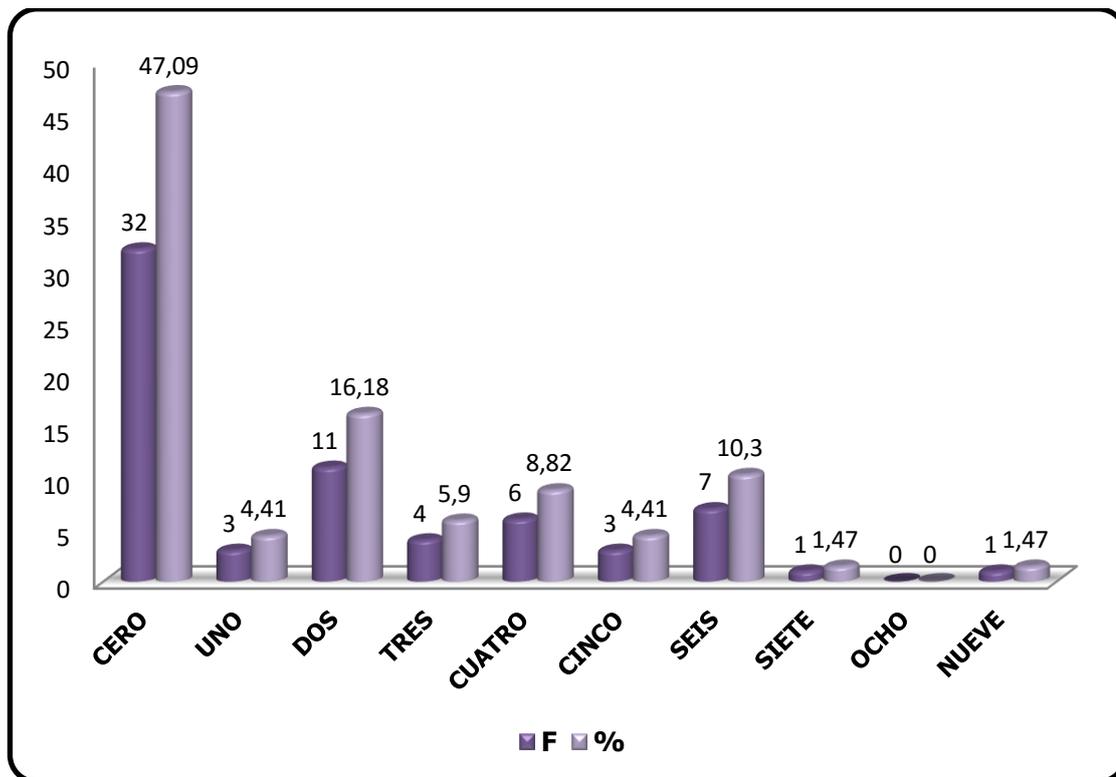
Según Barranco Money en su libro Operatoria Dental dice que “... **Cuando se reduzca la pérdida de dientes por caries, enfermedad periodontal y disminuya la cantidad de restauraciones que el profesional debe realizar a diario, podrá dedicar todos sus esfuerzos a planificar técnicas preventivas para mantener la boca de sus pacientes en condiciones ideales...**”

Lo cual nos da como resultado que un alto porcentaje de los pacientes adultos tienen más de una pieza dental perdida.

GRAFICUADRO N° 6

OBTURADOS

ALTERNATIVAS	F	%
CERO	32	47,09
UNO	3	4,41
DOS	11	16,18
TRES	4	5,9
CUATRO	6	8,82
CINCO	3	4,41
SEIS	7	10,30
SIETE	1	1,47
OCHO	0	0
NUEVE	1	1,47
Total	68	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.
ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 6 se encontró que de los 68 adultos encuestados en el **GRADO CERO** 32 adultos que corresponden el 47,09% no tienen sus dientes obturados; en el **GRADO UNO** 3 adultos que equivalen al 4,41% presentan dientes obturados; en el **GRADO DOS** 11 adultos que representan el 16,18% tienen dientes obturados; en el **GRADO TRES** 4 adultos que corresponden el 5,9% tienen obturaciones; en el **GRADO CUATRO** 6 adultos que equivalen al 8,82% tienen obturaciones; en el **GRADO CINCO** 3 adultos que representan el 4,41% tienen dientes obturados; en el **GRADO SEIS** 7 adultos que corresponden al 10,30% tienen dientes obturados; en el **GRADO SIETE** 1 adulto que corresponde el 1,47% tiene obturaciones; en el **GRADO OCHO** 0 adultos que es el 0% no presenta obturaciones; en el **GRADO NUEVE** 1 adulto que equivale al 1,47% tiene obturaciones.

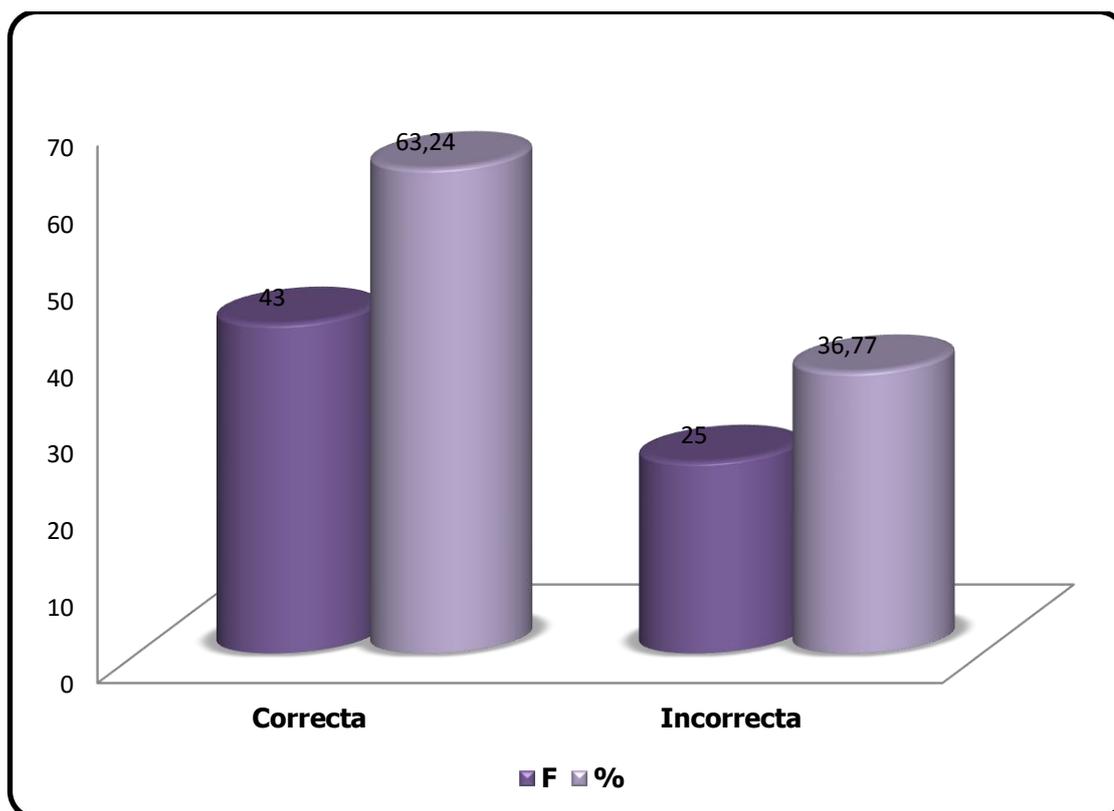
Según Barranco Money en su libro Operatoria Dental en la pág. 530 se denomina obturación **“al relleno que se coloca adentro o alrededor de una preparación con el propósito de devolver al diente su función, forma y estética, o para evitar futuras lesiones”**

Un bajo porcentaje de los pacientes adultos, presentaron obturaciones en sus piezas dentales.

7.1.3. RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN REALIZADAS A LOS PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL DPTO. ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL “VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

GRAFICUADRO N° 1
TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL

ALTERNATIVAS	F	%
Correcta	43	63,24
Incorrecta	25	36,77
Total	68	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

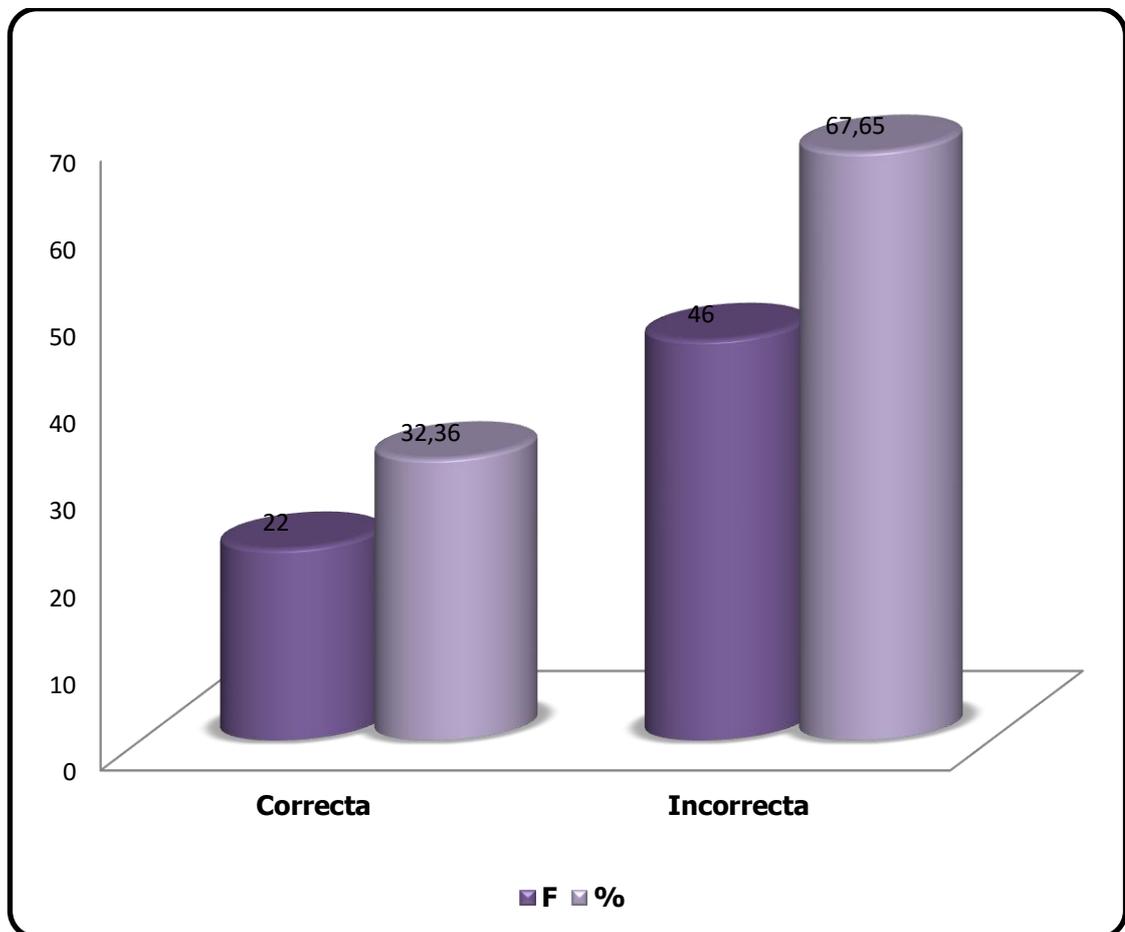
En el gráfico N°. 1 se encontró que de los 68 adultos encuestados 43 adultos que corresponden al 63,24% tienen un **CORRECTO** cepillado; y 25 adultos que equivale el 36,77% tienen un **INCORRECTO** cepillado.

El doctor Pedro Barreda en la página www.pediatraldia.com dice “...**Han de cepillarse todas y cada una de las piezas dentales, por su cara externa, desde la encía y con un movimiento vertical de barrido, tanto para los dientes inferiores como para los superiores...**”

La mayoría de los adultos a los que se les realizó las fichas de observación, aplican la técnica correcta cepillado.

GRAFICUADRO N° 2
TÉCNICA DEL HILO DENTAL

ALTERNATIVAS	F	%
Correcta	22	32,36
Incorrecta	46	67,65
Total	68	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: María Gabriela Cevallos Giler.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico N°. 2 se observó que de los 68 adultos encuestados, 22 adultos que equivalen al 32,36% tienen un **CORRECTO** manejo del hilo dental; y 46 adultos que corresponden al 67,65% tienen un **INCORRECTO** manejo del hilo dental.

Según el doctor Barreda en la página www.pediatraldia.com “... se debe trenzar un trozo de unos 2 a 3 cm de hilo dental utilizando los dedos pulgares y los índices. Introducir el hilo entre los dientes con un suave movimiento de sierra...”

Un gran porcentaje de los pacientes adultos no saben cómo utilizar el hilo dental correctamente.

7.2. CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada a los pacientes adultos que asisten al departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda” se pudo llegar a las siguientes conclusiones.

- ✓ De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de los pacientes para su higiene diaria, solo utilizan el cepillo dental; muy pocos utilizan suplementos de higiene oral y un alto porcentaje no realizan el cepillado dental las veces adecuadas. Estos pacientes presentan un alto índice de caries por lo que podemos concluir que hay una relación directa entre estas dos variables.
- ✓ De los adultos encuestados, la mayoría de ellos acuden a la consulta odontológica sólo cuando tienen una molestia, y muy pocos asisten por tratamientos de prevención.
- ✓ La mayor parte de los adultos encuestados tienen un alto consumo de carbohidratos en su alimentación diaria, lo que constituye un factor predominante para el alto índice epidemiológico que presentan ellos.
- ✓ Los pacientes adultos atendidos en el departamento odontológico presentan un elevado índice de caries, placa bacteriana y gingivitis, lo que afecta significativamente a su salud oral.

7.3. RECOMENDACIONES

Según las encuestas realizadas y a los datos obtenidos se pudo llegar a las siguientes recomendaciones.

- ✓ El departamento de odontología debería impulsar en sus pacientes adultos el uso del hilo dental y el enjuague bucal como suplementos de higiene, explicando a los adultos las técnicas de cepillado dental y el correcto uso del hilo dental, para de esa manera motivarlos a una correcta higiene oral.
- ✓ Brindar charlas periódicas a los pacientes para que conozcan las ventajas de la prevención en odontología, promoviendo visitas odontológicas cada seis meses.
- ✓ Se recomienda que el personal de salud del departamento odontológico incluya en sus charlas consejos sobre una alimentación balanceada, para que no predominen los carbohidratos y azúcares.
- ✓ Al finalizar la atención odontológica, se debería brindar recomendaciones personalizadas para cada paciente de acuerdo a los problemas encontrados para que no se vuelvan recidivantes.

PROPUESTA ALTERNATIVA

1.- IDENTIFICACION DEL PROYECTO.

“TALLER EDUCATIVO SOBRE MÉTODOS DE PREVENCIÓN ORAL A LOS PACIENTES ADULTOS QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL “VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO”

ENTIDAD EJECUTORA

Departamento de odontología del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Tipo social de orden educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA.

El departamento odontológico se encuentra ubicado dentro del Hospital Regional ‘Verdi Cevallos Balda’ de la ciudad de Portoviejo cuyos límites son:

Al Norte: Calle Eloy Alfaro.

Al Sur: Calle 10 de Marzo.

Al Este: Callejón María Auxiliadora.

Al Oeste: Calle Rocafuerte.

Parroquia Portoviejo, cantón Portoviejo, Manabí.

2.- JUSTIFICACIÓN

Por los resultados obtenidos en la investigación se pudo apreciar que los adultos encuestados tienen una deficiente higiene bucal basada en el desconocimiento de los implementos de higiene oral existentes y el uso indicado de los mismos; el alto índice epidemiológico que presentaron los adultos encuestados se debe en gran parte a una dieta no equilibrada basada en su mayoría en carbohidratos; además de estos factores, existe poco interés en asistir a la consulta odontológica por tratamientos preventivos de parte de los pacientes.

Esta propuesta beneficiará de manera directa a los adultos, ya que van a contar con conocimientos que podrán aplicar para mejorar su salud y de esa manera disminuir la caries, gingivitis entre otros.

3.- MARCO INSTITUCIONAL

El Presidente José María Placido Caamaño crea el Hospital de la caridad de Portoviejo el 9 de Agosto de 1887.

El 11 de Enero de 1914 se inaugura el Hospital Civil de Portoviejo y el 9 de Junio de ese mismo año, se nombra al primer director del Hospital al Dr. Sebastián Moscoso Tamariz, esta inauguración fue en uno de los salones del ex hogar San José o Seminario Menor.

Se realizaron algunas gestiones para la creación de un nuevo hospital, con más capacidad, personal etc. En 1970 se realizó la nueva construcción de dicho Hospital, siendo su ubicación las calles 12 de Marzo y Rocafuerte (actuales hasta el momento).

Dentro de la cual han pasado un sin número de directores (44), siendo en la actualidad el Dr. Johnny Merchán Quiñones y la sub Directora la Dra. Carmen Campuzano de Jaramillo.

El hospital Regional Verdi Cevallos Balda cuenta desde 1970, con distintas áreas de atención de salud para la comunidad en general, al terminar el año 1979 se comienza a prestar los servicios de Odontología.

Este departamento ha contado con 2 odontólogos de planta, siendo el primero el Dr. Galo Granizo Solórzano y la Dra. Cecilia Fernández de Peñaherrera, (Dra. Actual de la mañana).

Por este departamento han pasado diferentes odontólogos rurales e internos, actualmente este departamento presta servicios por la tarde donde labora el Dr. Ricardo Villacreses, con la ayuda de una auxiliar de esta área.

En este departamento las consultas son gratuitas, la prioridad de atención son para los hospitalizados, embarazadas, niños menores de 5 años y programas escolares. Los servicios odontológicos que se efectúan con mayor frecuencia en los pacientes adultos son las obturaciones ya sean estas provisionales o permanentes, las extracciones de piezas dentarias, profilaxis, así como el diagnóstico a las diferentes afecciones que se presentan en la cavidad bucal y de esa manera poder remitir a los especialistas para su correcto tratamiento, por ejemplo en el caso de una endodoncia, la necesidad de brackets o la extracción de alguna pieza dentaria que necesite de cirugía, etc. En los niños se realizan otro tipo de tratamientos que se inclinan más hacia la prevención, como las profilaxis, aplicación de flúor, colocación de sellantes de fosas y fisuras, obturaciones y extracciones.

El hospital también cuenta con un aparato de rayos x, pero en la actualidad este no funciona por fallas técnicas.

El horario de atención por las mañanas es de 8:00 am a 12:00 pm y por las tardes de 12:30 a 16:00 pm.

4.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar las medidas de prevención oral en los adultos que asisten al departamento odontológico del Hospital Regional Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Educar a los adultos mediante charlas que permitan a los pacientes tener conocimientos de la importancia de la prevención oral.
- ✓ Incentivar a los pacientes adultos para que acudan a la consulta odontológica de manera voluntaria en busca de tratamientos de prevención.
- ✓ Dar a conocer a los pacientes el uso correcto de los implementos de higiene como lo es el cepillo dental, el hilo dental y el enjuague bucal, los mismos que serán entregados a los adultos que asisten a la consulta en el departamento odontológico.

5.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Tomando en consideración el alto índice epidemiológico y el poco conocimiento de los tratamientos de prevención que tienen los pacientes adultos que asisten al departamento odontológico del Hospital Regional de la ciudad de Portoviejo, esta

propuesta está encaminada a dar a conocer los tratamientos de prevención como: técnicas de cepillado, uso del hilo dental, enjuagues bucales y conocimientos básicos para una dieta balanceada, para de esa manera lograr mejorar sus hábitos de higiene y de alimentación.

6.- BENEFICIAFIOS

Los beneficiarios son los pacientes adultos que asisten a la consulta odontológica del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

7.- DISEÑO METODOLÓGICO

La propuesta contará de dos etapas.

Primera Etapa.- La primera etapa se llevó a cabo en el mes de diciembre del 2009. Se realizó el cronograma junto con la doctora de planta para las charlas educativas las mismas que constan de los siguientes puntos:

- ✓ Salud oral
- ✓ Métodos de prevención en odontología
- ✓ Implementos de higiene oral
- ✓ Alimentación adecuada

Segunda Etapa.- La segunda etapa se realizó en el mes de diciembre del 2009, en la cual se llevó a efecto la enseñanza de la técnica de cepillado, que fue complementada con la práctica realizada por los pacientes.

Además se hizo la entrega de un kit de higiene bucal, compuesto por: cepillo dental, enjuague bucal e hilo dental a cada uno de los pacientes para contribuir a su higiene diaria.

8.- CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Primera Etapa

Actividades de la primera etapa	Mes			
	Diciembre			
	1	2	3	4
Reunión con la odontóloga del departamento para programar las charlas educativas	X			
Charlas educativas		X	x	X

Segunda Etapa

Actividades de la segunda etapa	Mes			
	Diciembre			
	1	2	3	4
Enseñanza y práctica de la técnica correcta de cepillado.		x	X	X
Entrega de kit de higiene bucal.		x	x	X

9.- PRESUPUESTO DEL PROYECTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
					AUTO GESTION
Cepillos dentales	6	Docena	1,80	10,80	10,80
Hilo dental	68	Unidad	1,20	81,6	81,6
Enjuague bucal	68	Unidad	0,88	59,84	59,84
Pasta dental	1	Unidad	1,70	1,70	1,70
SUB Total				144,94	144,94
Imprevisto 10% del gasto total				14,49	14,49
Total				159,43	159,43

10.- SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque se contó con el tiempo y los medios económicos necesarios para realizarla. Además se tuvo el apoyo de la odontóloga del departamento Odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

A si mismo existió el interés por parte de los pacientes adultos que asisten a la consulta en aprender a mejorar su salud bucal por medio de la educación y las respectivas prácticas que se realizaron.

Se contó también con el apoyo logístico (material educativo) que se encuentra en el departamento Odontológico.

11.- FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Esta propuesta fue financiada en su totalidad por la autora de la misma

ANEXO 1

ARBOL DEL PROBLEMA



CRONOGRAMA

		TIEMPO					
ACTIVIDADES	RECURSOS	CANT.	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE	
ACTIVIDADES							
	SEPT. 2009	OCT. 2009	NOV. 2009	DIC. 2009	ENE. 2009	FEB. 2009	
Diseño de proyecto de tesis	■	■	■				
Aprobación del proyecto		■					
Desarrollo del marco teórico		■	■				
Aplicación de los instrumentos			■	■			
Tabulación de los resultados			■	■			
Elaboración de conclusiones				■			
Diseño de la propuesta				■	■		
Redacción del borrador del informe					■	■	
Corrección del borrador del informe					■		
Presentación del informe final						■	■
Defensa del informe final							■

Desarrollo del marco teórico	Copias Xerox	150	unidad	0.03	4.50	Autora
	procesador de palabra	50	Horas	0.60	30.00	Autora
	Internet	20	Horas	1.00	20.00	Autora
	Transporte	20	Carrera tax.	1.00	20.00	Autora
	Memory					Autora
Investigación de campo	Hoja de encuesta original	1	Unidad	0,40	0.40	Autora
	Copia de encuesta	68	Unidad	0.03	2.04	Autora
	Hoja de ficha odontológica original	1	Unidad	0.40	0.40	Autora
	Copia de la ficha odontológica	68	Unidad	0.03	2.04	Autora
	Hoja de observación	1	Unidad	0.40	0.40	Autora
Tabulación de datos	Hojas bond	10	Unidad	0.02	0.20	Autora
	Lápiz	1	Unidad	0.30	0.30	Autora
	Calculadora					Autora
	Corrector	1	Unidad	1.00	1.00	Autora
	Resaltador	1	Unidad	1.00	1.00	Autora
Evaluación de propuesta	Hojas bond	20	Unidad	0.02	0.40	Autora
	Procesador de palabra	20	Horas	0.60	12.00	Autora
Elaboración del borrador de la tesis	Hojas	2	Resma	3.50	7.00	Autora
	Tinta negra	1	Cartucho	19.00	19.00	Autora
	Tinta a color	1	Cartucho	35.00	35.00	Autora
	Procesador de palabra	50	Horas	0.60	30.00	Autora
Entrega del borrador de la tesis	Anillado	3	Unidad	1.50	4.50	Autora
	Copia Xerox	300	Unidad	0.02	6.00	Autora
Sustentación privada	Humano docente					Autora
Elaboración definitiva de la tesis	Tinta negra	2	Cartucho	19.00	19.00	Autora
	Tinta a color	2	Cartucho	35.00	35.00	Autora
	Procesador de palabra	50	Horas	0.60	30.00	autora
Presentación de ejemplares	Empastado	3	Unidad	5.00	15.00	Autora
	Cd	2	Unidad	0.50	1.00	Autora
	Especie valorada	1	Unidad	1.60	1.60	Autora
SUB Total				297.78		
Imprevisto 10% del gasto total				29.77		
Total				327.55		

PRESUPUESTO

ANEXO 2



“UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

CARRERA DE ODONTOLOGIA

Fecha:

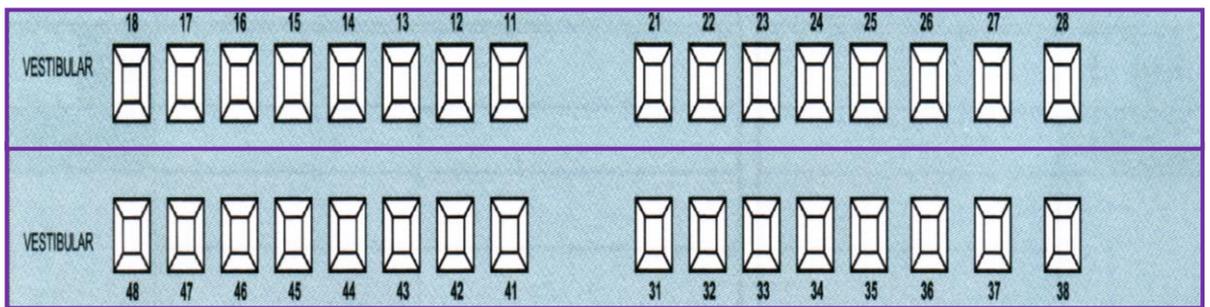
N de H.C:.....

Nombres:.....Apellidos:.....

Sexo:Edad:

Domicilio:Telf.

ODONTOGRAMA



INDICADORES DE SALUD BUCAL								
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA								
PIEZAS DENTALES					PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1	
16		17		55				
11		21		51				
26		27		65				
36		37		75				
31		41		71				
46		47		85				
TOTALES								
ÍNDICE DE CPO								
D		C	P	O	TOTAL			

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS ADULTOS QUE ASISTEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DEL HOSPITAL REGIONAL "VERDI CEVALLOS BALDA" DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

Fecha

N. de historia clínica

Domicilio

Edad

ESTIMADO PACIENTE

La información que usted nos proporcione a continuación será de mucha utilidad para el desarrollo de mi investigación diagnóstica, previa a la obtención del título de odontóloga por lo que, solicito responda a las interrogantes con mucha sinceridad y objetividad posible.

Lea con atención cada una de las preguntas aquí planteadas y escoja la o las alternativas que considere adecuadas.

1.- ¿De los siguientes implementos cuales utiliza usted en su higiene diaria?

- a) Cepillo dental ()
- b) Hilo dental ()
- c) Enjuague bucal ()
- d) todos ()
- e) ninguno ()

2.- ¿Con que frecuencia se cepilla los dientes al día?

- a) 3 veces al día ()
- b) 2 veces al día ()
- c) 1 vez al día ()
- d) después de cada comida ()

3.- ¿Qué tipo de cepillo dental utiliza?

- a) de cerdas suaves ()
- b) de cerdas duras ()
- c) cualquiera ()

4.- ¿Cada qué tiempo se realiza una profilaxis?

- a) 2 veces al año ()
- b) 1 vez al año ()
- c) Nunca ()

5.- ¿Con qué frecuencia acude al odontólogo?

- a) cada 6 meses ()

b) cada año ()

c) solo cuando tengo molestia ()

6.- ¿Cuáles son los tratamientos odontológicos que se realiza con mayor frecuencia?

- a) Limpiezas ()
- b) Curaciones ()
- c) Extracciones ()

7.- ¿Cuáles son los alimentos que ingiere con mayor frecuencia en el almuerzo?

- a) Arroz ()
- b) Pollo ()
- c) Carne ()
- d) Pescado ()
- e) Verdura ()
- f) Jugos naturales ()
- g) cola ()
- h) Encebollado ()
- i) Papa ()
- j) Yuca ()
- k) Plátano ()

8.- ¿Con que frecuencia cambia su cepillo de dientes?

- a) Cada 3 meses ()
- b) Cada 6 meses ()

c) Cada año ()

d) Cuando las cerdas
están abiertas ()

**9.- ¿Qué tipo de pasta dental
utiliza?**

a) Fluorada ()

b) Medicada ()

c) Cualquiera ()

**10.- ¿Ha recibido charlas sobre
salud oral en el hospital?**

a) si ()

b) no ()

FICHA DE OBSERVACIÓN

NOMBRES	No.	Técnica de cepillado		Técnica de hilo dental	
		correcto	incorrecto	correcto	incorrecto
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	25				
	26				
	27				
	28				
	29				
	30				
	31				
	32				
	33				
	34				
	35				
	36				
	37				
	38				
	39				
	40				
	41				
	42				
	43				
	44				
	45				
	46				
	47				
	48				
	49				
	50				
	51				
	52				
	53				
	54				
	55				
	56				
	57				
	58				
	59				
	60				
	61				
	62				
	63				
	64				
	65				
	66				
	67				
	68				
	TOTAL				

**ANEXO
3**



Fig. 1

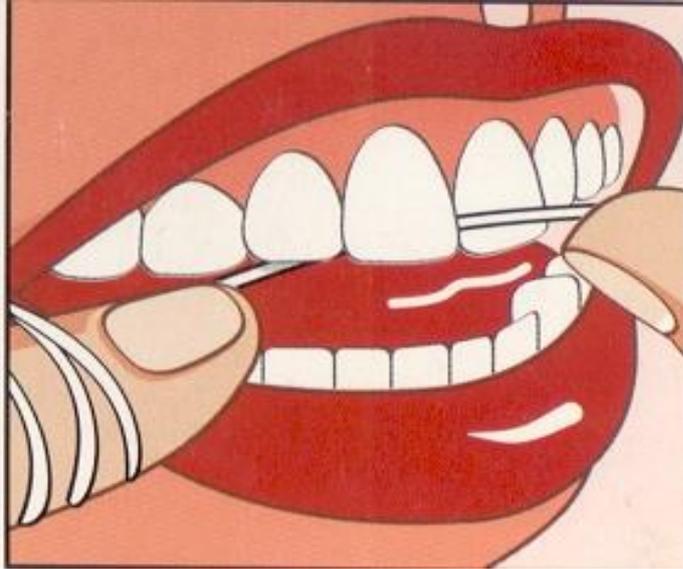


Fig.2



Fig. 3

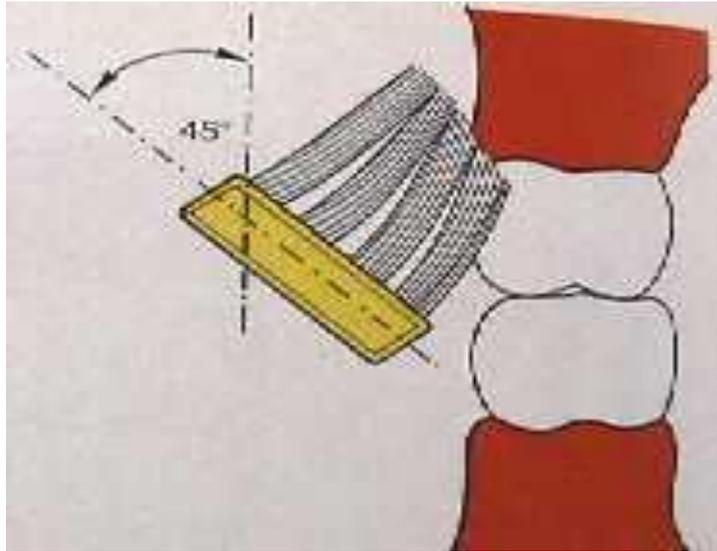


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

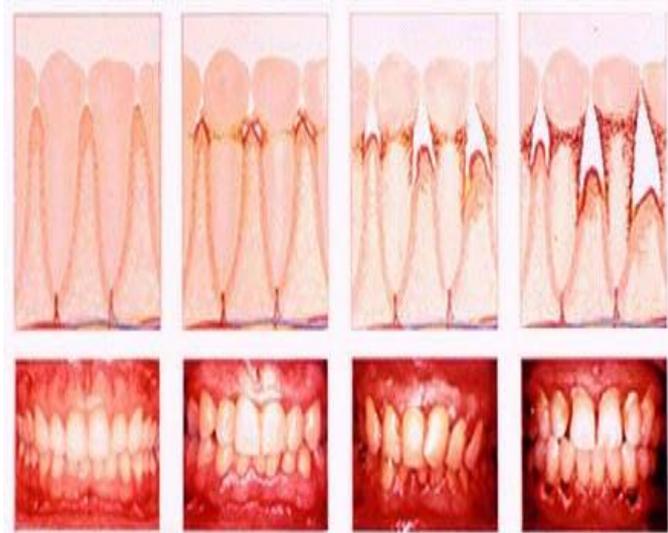


Fig. 8

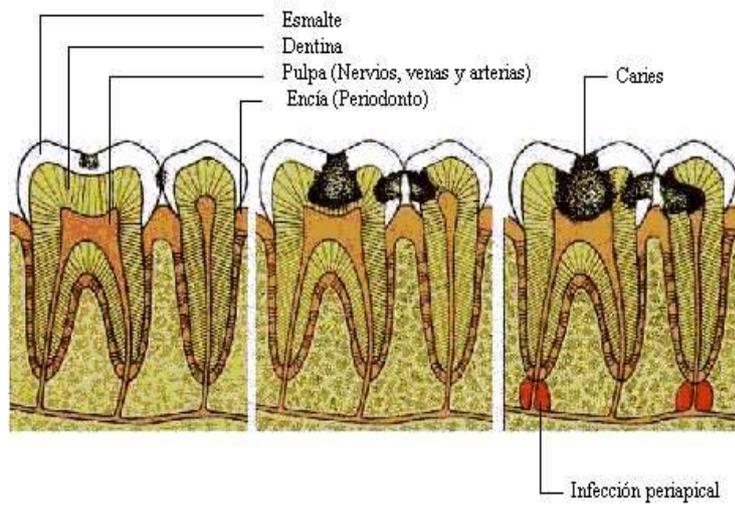


Fig.9



Fig. 10

ANEXO 4

Portoviejo, 17 de Noviembre

Sra. Doctora

Cecilia Fernández de Peñaherrera

ODONTÓLOGA DEL " HOSPITAL REGIONAL VERDI CEVALLOS BALDA" DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

CIUDAD.

De mis consideraciones.

La presente comunicación, es para solicitarle muy respetuosamente, me otorgue el permiso correspondiente para realizar la respectiva investigación de campo en el departamento odontológico que usted muy acertadamente dirige, con el fin de realizar mi tesis, además, que me autorice la realización de las fichas clínicas a los pacientes adultos que asisten a la atención odontológica.

Agradecida por la atención prestada.



María Gabriela Cevallos Giler

Egresada

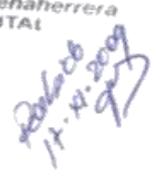


Dra. Lilian Bowen

Directora de tesis

Hospital Provincial de Portoviejo
"DR. VERDI CEVALLOS BALDA"

Dra. Cecilia de Peñaherrera
Dra. Cecilia de Peñaherrera
DPTO DENTAL


17.11.2009



REALIZACIÓN DE LAS FICHAS CLÍNICAS



ENCUESTAS REALIZADAS A LOS ADULTOS

REALIZACIÓN DE LAS FICHAS DE OBSERVACION



CHARLAS A LOS ADULTOS SOBRE TÉCNICAS DE CEPILLADO



ENTREGA DE LOS IMPLEMENTOS DE HIGIENE ORAL



BIBLIOGRAFÍA

ABRAAM Sonis. Médica Sanitaria y Administración de Salud. Buenos Aires 1971.

Librería El Ateneo editorial. Pág. 353-355

BARRANCO Mooney J. Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999 pág. 313, 319, 353, 407, 529, 530, 531, 731, 732, 732, 733.

BARRIOS M. Gustavo. Odontología, tomo 1. Publicado por editar Ltda. 2004. Pág. 261, 263, 267, 284, 285, 306, 307, 309, 310, 311, 312, 313, 321, 322, 325.

COSME Gay E, Leonardo Berini. Cirugía bucal. España. Editorial Océano/ergon. 2004. Pág. 203-204-205-206

CUENCA Sala Emili. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Edición N 3. Edit. Elsevier España, 2007. Pág. 65,71-73.

GARCIA Caballero Carlos, González Meneses Antonio. Tratado de Pediatría Social. Edición 2. Edit. Díaz de Santos, 2000. Pág. 431

LINDHE Jan, Tkarring Horkild. Periodontología clínica e implantología Odontológica. Edición N. 3. Edit. Medica panamericana España 2001. Pág. 444-445

MANUAL de definiciones, instructivo e indicadores de uso ambulatorio en estomatología. M.S.P. Quito – Ecuador 2003. Pág. 22

MASSON. Manual de Odontología. Capítulo 2. Medición de la enfermedad. Barcelona – España 2002. Pág. 26, 31.

MAURICIO Moya, Mercedes Pinzón, Darío Forero. Manual de Odontología básica integrada. Tomo2. Bogotá – Colombia. Primera edición. Pág. 216, 223, 251, 252.

MC. GRAW HILL. Interamericana de España. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Administración del consultorio. Tomo1 1988. Pág. 29-32

MC. GRAW HILL. Interamericana de España. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Periodontología. Tomo 2, 1988. Pág. 204-205

PROGRAMA nacional y normas de estomatología "Proyecto de promoción de salud oral y extensión de los servicios odontológicos" Quito – Ecuador 1995. Pág. 36, 39, 40, 41, 42.

RODRIGUEZ Calzadilla A. Diagnóstico de salud bucal. Rev. Cubana Estomatol. 1996; pág. 5-11.

ZERON Agustín. Como conservar sus dientes y encías toda la vida. Odontología para pacientes. Publicado por UNAM, 2003. Pág. 45-47

<http://www.dentsply.es/Noticias/clinica0903.htm>

http://es.wikipedia.org/wiki/Enjuague_bucal

<http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1815>

www.mundo-dental.com/Editoriales/work0001/work0001.html

<http://www.caries.info/cariologia.htm>

http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/vivir_sano/doc/higiene/doc/cepillado.htm

<http://www.odontocat.com/prevplacaca.htm>

<http://odontoweb.espaciolatino.com/pacientes/higoral/cepillado.html>

<http://www.odontoruizrua.com.ar/cepillado.htm>

<http://html.rincondelvago.com/higiene-bucodental.html>

<http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/insIntrod9b.htm>

<http://www.geocities.com/odontoso/prevencion.htm>

<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v21n1/original3.pdf>

http://www.saludactual.cl/odontologia/odontologia_estetica.php

<http://www.xeticaodonto.com/index.php?id=restauraciones-dentales&lg=esp>

<http://es.wikipedia.org/wiki/morbilidad>

www.mundodental.com/editoriales/work0001/work0001.html

www.carlosboveda.com/columnadental/lacolumnadentalold/conlabocaabierta/conlabocaabierta9.htm