



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
ODONTÓLOGO**

TEMA:

“ALCOHOLISMO Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL”

AUTORES:

ALBERTO KARLÓ CADENA GARCÍA

SILVIA PATRICIA OCHOA MEJÍA

DIRECTORA:

DRA. ALEXANDRA VALAREZO CHUMO Mg. Gs.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2013



CERTIFICACIÓN

Dra. Alexandra Valarezo Chumo. Certifica que la tesis de investigación titulada “**Alcoholismo y su relación con la enfermedad periodontal**”, es trabajo original de Alberto Karló Cadena García y Silvia Patricia Ochoa Mejía, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

DRA. ALEXANDRA VALAREZO CHUMO. Mg. Gs.

DIRECTORA DE TESIS



Carrera de Odontología

“Alcoholismo y su relación con la enfermedad periodontal”

PROPUESTA ALTERNATIVA

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de Odontólogo.

DRA. ÁNGELA MURILLO MG. SP.

COORDINADORA DE CARRERA

DRA. ALEXANDRA VALAREZO MG. GS.

DIRECTORA DE TESIS

DR. WILSON ESPINOZA MG. GE.

MIEMBRO DE TRIBUNAL

DR. FABRICIO LOOR MG. GE.

MIEMBRO DE TRIBUNAL

AB. NORMA MACÍAS

SECRETARIA ACADÉMICA



DECLARATORIA

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo: **“ALCOHOLISMO Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL”**, pertenece exclusivamente a los autores:

ALBERTO CADENA GARCÍA

SILVIA OCHOA MEJÍA

DEDICATORIA

“ Deléitate así mismo en Jehová,
y Él te concederá las peticiones de tu corazón”

Salmos 37:4

Dedico esta tesis con todo mi esfuerzo y amor a mis padres el doctor Luis Alberto Cadena Linzán y la doctora Celia Esperanza García Merizalde por ambos ser mi pilar principal, mi guía espiritual y mi mayor ejemplo a seguir.

A mi esposa y fiel amiga María Isabel Pico Gutiérrez, quien incansablemente me ha acompañado durante toda mi carrera, siendo esa mano fiel que me encamina a mejores días, soportando conmigo todas las vicisitudes que tiene la vida, entregándome su amor y comprensión. Este logro también es tuyo.

A mis hijos Ricardo Antonio Cadena y Alberto Andrés Cadena por ser los regalo perfecto, que Dios trajo a mi vida, porque ellos son mi enfoque inspirador, el punto central en mi vida y mi mayor razón de existir.

A mi abuela querida Esperanza Merizalde Cantos, por ser la influencia vital en la vida de mi madre, y por ende como un eco repercutir en la mía siendo una mujer de temple y con carácter de decisión y de ambición.

A mis amigos y compañeros porque diariamente dentro de cada aula y semestre superado se quedaron anécdotas, historias que formaran parte de mi vida profesional por siempre.

En especial a mi amiga Teresa Moreira Sánchez, por su lealtad y sinceridad, por ser una compañera incondicional, quedando todos estos años juntos guardados en lo más profundo de mi corazón.

ALBERTO KARLÓ CADENA GARCÍA

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres Miguel Ángel Ochoa Anchundia e Ivonne Bernardita Mejía Torres; les doy las gracias por el infinito apoyo que me han dado a lo largo de mi vida, por los valores que me inculcaron desde siempre, y que me han convertido en el ser humano que soy; por ayudarme a creer en la belleza de los sueños que hoy puedo cumplir, que por su afán y sacrificio hoy hacen posible la culminación de esta etapa estudiantil, que me ha capacitado para un futuro mejor y que siempre pondré al servicio del bien, la verdad y la justicia.

A mis hermanas Ivonne, Dayana, Romina; que de una u otra manera estuvieron brindándome su amor y comprensión en todo momento.

Y también para aquellas personas que ya no están, pero las llevo en mi corazón, porque fueron parte de este proceso de formación académica y donde quiera que se encuentren, este logro es vuestro.

SILVIA PATRICIA OCHOA MEJÍA

AGRADECIMIENTO

“Jehová es mi pastor, nada me faltará.

En lugares de delicados pastos me hará descansar,

junto a aguas de reposo me pastoreará.

Confortará mi alma, me guiará por sendas de justicia por amor de su nombre”

Agradezco a Dios, maestro de maestros y fuente de todo conocimiento, por bendecirme durante este proceso de realización de tesis, y permitirme culminarla con éxito.

A mi madre y padre la Dra. Celia García Merizalde por ser el sostén de mis decisiones y de mis convicciones ya que gracias a su amor y dedicación durante mis 29 años de existencia ha sido el sustento diario en mi vida, porque sin el apoyo total en todas las áreas de mi vida profesional nada de esto fuera posible, siendo ella un ejemplo de mujer y hombre a seguir.

A mi padre el Dr. Luis Alberto Cadena Linzán a quien agradeceré eternamente por darme la vida, por ser un gran profesional y ejemplo de preparación, porque a pesar de la distancia siempre estuvo apoyándome moralmente con palabras de aliento, de esmero y de perfección profesional, cumpliendo uno de mis tantos sueños .

A mis hermanos, mi abuela, mi tía, primos y mi tío político, por creer en mí, por darme el voto de confianza y trascender de manera positiva en mis decisiones y en mi carrera profesional.

A todos y cada uno de nuestros docentes, durante estos 6 años de preparación, desde el primero hasta el último de ellos, un gracias infinito por prepararnos y guiarnos en el conocimiento de la odontología, por ser guías, amigos y maestros.

ALBERTO KARLÓ CADENA GARCÍA

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo va dirigido con una expresión de gratitud a mi magnífico creador, porque sin él no hubiese podido dirigir mis pasos.

A mis padres por su apoyo incondicional, por ser ellos para mí un ejemplo de superación, estabilidad familiar y la perfecta entrega de amor.

A mi madre, que nunca me dejó flaquear cuando quería rendirme, que siempre está conmigo para ayudarme, con su amor y dedicación siempre me dio seguridad, gracias madre por ser mi pilar de apoyo, te amo.

A mis queridas hermanas, que juntas estuvimos en los momentos más difíciles de mi vida.

Y a todas esas personas que de una u otra manera colaboraron para que logre este sueño tan anhelado.

SILVIA PATRICIA OCHOA MEJÍA

ÍNDICE

SUMARIO.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.4 OBJETIVOS.....	9
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
1.5 HIPÓTESIS.....	10
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. MARCO INSTITUCIONAL.....	11
2.2. ALCOHOLISMO.....	12
2.2.1. DEFINICIÓN.....	12
TIPOS DE ALCOHOLISMO.....	13
ALCOHOLISMO CRÓNICO.....	13
ALCOHOLISMO AGUDO.....	13
CATEGORÍAS DEL ALCOHOLISMO.....	14
DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.....	14
ABUSO O USO DE ALCOHOL.....	14
2.2.2. EL ALCOHOL.....	16
SÍNTOMAS DEL ALCOHOL.....	17
SIGNOS CLÍNICOS DEL ALCOHOL.....	17
2.2.3. ETIOLOGÍA DEL ALCOHOL.....	18
FACTORES DESENCADENANTES DEL ALCOHOL.....	18
2.2.4. HISTORIA DEL ALCOHOL.....	19
2.2.5. CAUSAS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL.....	21
2.2.6. ADICCIÓN AL ALCOHOL.....	22
2.2.7. EPIDEMIOLOGÍA.....	22
2.2.8. CONSUMO EXCESIVO DEL ALCOHOL.....	23
2.2.9. CLASIFICACIÓN DEL ALCÓHOLICO BEBEDOR.....	24
BEBEDOR MODERADO.....	24
CAUSAS.....	24
SÍNTOMAS.....	25
BEBEDOR SOCIAL.....	25
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	26
BEBEDOR EXCESIVO.....	26
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	27
BEBEDOR OCASIONAL.....	27
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	28
2.2.10. ENFERMEDADES DERIVADAS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL....	28
APARATO DIGESTIVO.....	28
PANCREATITIS.....	28
HÍGADO.....	29
APARATO CARDIOVASCULAR.....	30
MIOCARDIOPATÍA ALCOHOLICA.....	30
ARRITMIAS CARDIACAS.....	30
HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	31
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.....	31
ICTUS CEREBRALES.....	31
APARATO RESPIRATORIO.....	32
RIÑÓN.....	32
VITAMINAS Y MINERALES.....	32
MÚSCULO Y HUESOS.....	32

2.2.11. CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO EN LA CAVIDAD BUCAL.....	32
2.2.12. PRUEBAS PARA MEDIR LA SECRECIÓN DE SALIVA.....	33
PRUEBA NO ESTIMULADA PARA LA SECRECIÓN SALIVAL.....	33
MÉTODO.....	33
2.2.13 .PRUEBAS ESTIMULADA PARA LA SECRECIÓN SALIVAL.....	34
MÉTODO.....	34
2.2.14. EFECTOS DEL ALCOHOL SOBRE LA SALUD PERIODONTAL.....	35
2.2.15. ALCOHOL Y SALUD.....	35
2.2.16. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA.....	36
2.3. PERIODONTO.....	37
2.3.1. ESTRUCTURAS ANATÓMICAS DEL PERIODONTO.....	37
2.3.2. ENCÍA.....	37
2.3.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCÍA.....	38
ENCÍA MARGINAL.....	38
SURCO GINGIVAL.....	38
ENCÍA INSERTADA.....	38
ENCÍA INTERDENTAL.....	39
2.3.4. VITAMINA C (ÁCIDO ASCÓRBICO).....	39
2.5. DEFICIENCIA DE VITAMINA C EN EL PERIODONTO.....	40
2.5.2. RELACIONES ETIOLÓGICAS ENTRE ÁCIDO ASCÓRBICO Y ENFERMEDAD PERIODONTA.....	41
2.6. PLACA DENTAL.....	41
2.6.1. ESTRUCTURA DE LA PLACA BACTERIANA.....	41
2.6.2. COMPOSICIÓN DE LA PLACA.....	42
2.7. FORMACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA.....	42
2.7.1. ESTADÍO DE LA PELÍCULA ADQUIRIDA.....	42
2.7.2. ESTADÍO DE COLONIZACIÓN BACTERIANA.....	43
2.7.3. ESTADÍO DE MADURACIÓN.....	43
2.3.8. MATERIA ALBA.....	43
CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA MATERIA ALBA.....	43
DIFERENCIA ENTRE PLACA SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL.....	44
PLACA SUPRAGINGIVAL.....	44
PLACA SUBGINGIVAL.....	44
DETECCIÓN DE LA PLACA BACTERIANA.....	44
CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA.....	44
2.3.9. CEPILLADO.....	45
TÉCNICAS DEL CEPILLADO.....	45
TÉCNICA DE BASS.....	46
2.3.10. TIPOS DE CEPILLOS.....	46
2.3.11. COLUTORIOS.....	47
2.3.12. PASTAS DENTALES.....	47
2.3.13. GINGIVITIS.....	47
SIGNOS CLÍNICOS DE LA PAPILA INFLAMADA.....	48
EPIDEMIOLOGÍA DE LA GINGIVITIS.....	48
ÍNDICE GINGIVAL.....	49
PUNTAJE CRITERIOS.....	49
CLASIFICACIÓN DE LA GINGIVITIS.....	50
GINGIVA SANA.....	50
GINGIVITIS LEVE.....	50
GINGIVITIS MODERADA.....	50
GINGIVITIS SEVERA.....	50
GINGIVITIS ULCERATIVA NECROSANTE.....	50
GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA.....	51
GINGIVITIS NO RELACIONADA CON LA PLACA BACTERIANA.....	51
SÍNTOMAS.....	51

2.3.14. PERIODONTITIS.....	51
ETIOLOGÍA DE LA PERIODONTITIS.....	52
EPIDEMIOLOGÍA DE LA PERIODONTITIS.....	52
CLASIFICACIÓN DE LA PERIODONTITIS.....	53
PERIODONTITIS CRÓNICA.....	53
PERIODONTITIS AGRESIVA.....	53
PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA.....	54
PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA.....	54
PERIODONTITIS ULCERATIVA NEGROSANTE.....	54
PERIODONTITIS SIMPLE.....	55
PERIODONTITIS GRAVADA POR FACTORES	
SINTÉMICOS.....	55
ABSCESO PERIODONTAL.....	55
ABSCESO PERIODONTAL AGUDO.....	55
ABSCESO PERIODONTAL CRÓNICO.....	56
ABSCESO PERIODONTAL Y GINGIVAL.....	56
ABSCESO PERIAPICAL.....	56
DIAGNÓSTICO.....	56
SONDAJE PERIODONTAL.....	57
NIVEL DE INSERCIÓN.....	57
DETERMINAR EL NIVEL DE INSERCIÓN.....	57
RETRACCIÓN DEL MARGEN GINGIVAL.....	57
RETRACCIÓN ASOCIADA POR FACTORES MECÁNICOS, PREDOMINANTE	
CON TRAUMATISMO PRO CEPILLADO DENTAL.....	58
RETRACCIÓN ASOCIADA CON UNA LESIÓN INFLAMATORIA LOCALIZADA	
INDUCIDA POR PLACA.....	58
RETRACCIÓN ASOCIADA CON FORMAS GENERALIZADAS DE ENFERMEDAD	
PERIODONTAL DESTRUCTIVA.....	58
2.3.15. DIAGNÓSTICO CUANDO LA SONDA ATRAVIESA EL EPITELIO DE	
INSERCIÓN	58
SANGRADO AL SONDAJE	59
PERIODONTOGRAMA.....	59
2.3.16. SALIVA.....	60
2.3.17. CÁLCULO DENTAL.....	60
TIPOS DE CÁLCULO DENTAL.....	60
CÁLCULO SUPRAGINGIVAL.....	60
CÁLCULO SUBGINGIVAL.....	61
CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE CÁLCULO.....	61
2.3.18. BOLSA PERIODONTAL.....	61
SONDEO DE BOLSAS	62
PROFUNDIDAD BIOLÓGICA.....	62
PROFUNDIDAD DE SONDEO	62
CLASIFICACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTAL.....	62
BOLSAS GINGIVAL O PSEDOBOLSA.....	62
2.3.19. FURCACIONES.....	63
GRADOS DE INVASIONES DE FURCAS.....	63
2.3.20. MOVILIDAD DENTARIA.....	63
CLASIFICACIÓN DE LA MOVILIDAD.....	63
2.3.21. HALITOSIS.....	64
CLASIFICACIÓN DE LA HALITOSIS.....	64
HALITOSIS GENUINA.....	64
HALITOSIS SEUDOHALITOSIS.....	64
HALITOSIS HALITOFOBIA.....	64
HALITOSIS TEMPORARIA.....	65
HALITOSIS EXTRABUCAL NARIZ Y GARGANTA.....	65
HALITOSIS INTRABUCAL.....	65
HALITOSIS PATOLÓGICA PERIODONTO.....	65

HALITOSIS FISIOLÓGICA RECUBRIMIENTO DE LA LENGUA.....	66
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	67
3.1. MÉTODOS.....	67
3.1.1. MODALIDADES BÁSICAS DE INVESTIGACIÓN.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	67
CAMPO.....	67
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	67
EXPLORATORIA.....	67
DESCRIPTIVA.....	67
ANALÍTICA.....	68
SINTÉTICA.....	68
PROPOSITIVA.....	68
3.2. TÉCNICAS.....	68
3.2.1. OBSERVACIÓN.....	68
3.2.2. ENCUESTA.....	68
3.3. INSTRUMENTOS.....	68
3.4. RECURSOS.....	69
3.4.1. TALENTO HUMANO.....	69
3.4.2. RECURSOS TECNOLÓGICOS.....	69
3.4.3. MATERIALES.....	69
3.4.4. ECONÓMICO.....	70
3.4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	70
POBLACIÓN.....	70
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	70
TIPO DE MUESTREO.....	70
CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	71
4.1.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS.....	71
4.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA FICHA CLÍNICA.....	107
4.1.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA FICHA DE OBSERVACIÓN.....	143
4.1.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS.....	153
4.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	159
4.2.1. CONCLUSIONES.....	159
4.2.2. RECOMENDACIONES.....	160
CAPÍTULO V	
5. PROPUESTAS ALTERNATIVAS.....	161
BIBLIOGRAFÍA.....	169
Anexos.....	

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS CUADROS DE LAS ENCUESTAS

	PÁG.
CUADRO Y GRÁFICO N° 1	71
¿Al beber alcohol usted tiene los siguientes síntomas?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 2	73
¿Cuál de los siguientes problemas de salud ha presentado usted a causa del consumo de alcohol?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 3	75
¿Qué clase de alcohol usted ingería?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 4	77
¿Puede controlar el consumo de alcohol?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 5	
¿El consumo excesivo de alcohol le ha ocasionado problemas a nivel personal?	79
CUADRO Y GRÁFICO N° 6	81
¿El consumo excesivo de alcohol le ha ocasionado problemas laborales?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 7	83
¿Cuál es el motivo más importante que usted tenía para ingerir alcohol?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 8	85
¿Cuándo consumía alcohol usted disminuía la ingesta de alimento?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 9	87
¿Perdió peso cuando bebía alcohol?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 10	89
¿Cuántas botellas de licor usted consumía diario?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 11	91
¿Se considera usted un alcohólico?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 12	93
¿Cuánto tiempo llevaba usted consumiendo alcohol?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 13	95
¿Cuántas veces usted se cepilla sus dientes al día?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 14	97
¿Utilizaba usted en su cepillado diario?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 15	99
¿Ha recibido charlas de higiene oral?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 16	101
¿Su encía sangra al momento de cepillarse los dientes?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 17	103
¿Cuántas veces al año cambia los cepillos dentales?	
CUADRO Y GRÁFICO N° 18	105
Tipo de alcoholismo	

CUADROS Y GRÁFICOS DE LAS FICHAS CLÍNICAS

	PÁG.
CUADRO Y GRÁFICO N° 1	107
Sangrado espontáneo	
CUADRO Y GRÁFICO N° 2	109
Sangrado al sondaje	
CUADRO Y GRÁFICO N° 3	111
Papila inflamada	
CUADRO Y GRÁFICO N° 4	113
Recesión gingival	
CUADRO Y GRÁFICO N° 5	115
Índice gingival	
CUADRO Y GRÁFICO N° 6	117
Placa bacteriana	
CUADRO Y GRÁFICO N° 7	119
Cálculo dental	
CUADRO Y GRÁFICO N° 8	121
Índice de placa bacteriana	
CUADRO Y GRÁFICO N° 9	123
Índice de cálculo dental	
CUADRO Y GRÁFICO N° 10	125
Movilidad dentaria	
CUADRO Y GRÁFICO N° 11	127
Bolsas periodontales	
CUADRO Y GRÁFICO N° 13	131
Características de la encía: color	
CUADRO Y GRÁFICO N° 14	133
Características de la encía: forma	
CUADRO Y GRÁFICO N° 15	135
Características de la encía: textura	
CUADRO Y GRÁFICO N° 16	137
Características de la encía: contorno	
CUADRO Y GRÁFICO N° 17	141
Tipo de enfermedad	

CUADROS Y GRÁFICOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN

	PÀG.
CUADRO Y GRÁFICO N° 1	143
Valores de referencia de la prueba de saliva no estimulada	
CUADRO Y GRÁFICO N° 3	147
Cepillado correcto	
CUADRO Y GRÁFICO N° 4	149
Ácido ascórbico: valores de referencia	

CUADROS Y GRÁFICOS DE LOS CRUCES

PÀG.

CUADRO Y OBJETIVO N° 1

153

Establecer el grado de alcoholismo que presentan los pacientes para relacionarlos con el flujo salival

CUADRO Y OBJETIVO N° 3

155

Analizar los niveles de ácido ascórbico y su incidencia en el sagrado gingival

CUADRO Y OBJETIVO N° 4

157

Inspeccionar el estado de los tejidos gingivales para verificar la presencia de enfermedades periodontales

SUMARIO

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Silvia Patricia Ochoa Mejía

Alberto Karló Cadena García

El alcoholismo es una enfermedad adictiva, crónica, que genera daños en el organismo, tanto físico, psicológico, personal, laboral y social. Esta dependencia radica en la necesidad y el deseo intenso del individuo de seguir consumiendo el alcohol, normalmente debido a diferentes circunstancias como problemas personales, económicos, sociales y por lo tanto trae consecuencias graves en su entorno y en sí mismo. Esta investigación tiene como finalidad conocer las consecuencias del consumo excesivo en los tejidos gingivales de los internos del centro de rehabilitación “ volver a vivir”, para ello se realizaron encuestas, fichas de observación, fichas clínicas, examen de laboratorio, prueba de saliva, lo que nos permitió determinar las consecuencias del mismo en los tejidos, por ello se realizó un ciclo de conferencias sobre las consecuencias del alcohol en los tejidos periodontales y así poder mejorar la salud bucal de ellos, a través de la educación en relación a las consecuencias del alcohol en la salud bucal, y fomentar en los internos normas correctas de higiene oral.

PALABRAS CLAVES:

Alcoholismo, adictivo, crónico, excesivo, dependencia, enfermedad, necesidad, deseo intenso.

SUMMARY

SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO UNIVERSITY

ODONTOLOGY CAREER

Silvia Patricia Ochoa Mejía

Alberto Karló Cadena García

Alcoholism is an addictive disease and chronic, which causes many damages to the organism, both physically, psychological, labor and social. This dependence is about of the necessity and individual desire to continue with the alcohol consumption. Such people have lots of problems with their environment due to economic circumstances. This research has the purpose to know the consequences of overconsumption on the gingival tissues in the patients at rehabilitation center “volver a vivir”; several surveys were conducted for this, observation cards, medical records, lab tests, saliva tests. This considerable success allowed us determines its consequences. Therefore were performed conferences cycles about the alcoholism consequences on periodontal tissues also improve their oral health through education in relation to the alcoholism consequences on the oral health, and encourage patient’s proper standards of oral hygiene.

KEYWORDS:

Alcoholism, addictive, chronic, excessive, dependence, disease, need, intense desire.

INTRODUCCIÓN

El alcoholismo es una enfermedad de trastorno mental producida por la adicción al alcohol con propiedades analgésicas, anestésicas y depresora del sistema nervioso central, ya que en la actualidad en estos alcohólicos su higiene bucal es deficiente, debido al descuido del aseo personal lo cual contribuye a la acumulación de placa bacteriana o cálculo dental que es uno de los factores que favorece a la formación de la enfermedad periodontal.

Esta investigación tiene como finalidad conocer las consecuencias del consumo excesivo del alcohol y como afecta la cavidad bucal especialmente a nivel de los tejidos periodontales en los pacientes alcohólicos de la clínica de recuperación “ Volver a vivir” de Manta, además de identificar el grado de alcoholismo y la relación que tiene con el flujo salival de estos pacientes, identificar los hábitos de higiene que ellos presentan, relacionar los niveles de ácido ascórbico y si este tiene incidencia en el sangrado gingival, inspeccionar los tejidos gingivales para verificar presencia de enfermedades periodontales por lo que se presenta una propuesta alternativa para solucionar el problema.

Se utilizó una muestra de 102 internos de la clínica de recuperación “ Volver a Vivir” de Manta, en la cual para realizar la recolección de datos a través de encuestas, fichas clínicas, prueba de saliva, examen de sangre y ficha de observación.

El presente trabajo investigativo está conformado por los siguientes capítulos:

CAPÍTULO I: Se realiza el planteamiento y la formulación del problema, enfocando al alcoholismo y su relación con la enfermedad periodontal como un problema que tiene repercusión a nivel mundial, y dentro del país.

Consta la justificación del tema demostrando las razones por las cuales es factible de realizar y los beneficios que trae consigo la investigación, como social, personal, tecnológico, científico. Se plantean el objetivo general y los objetivos específicos. Hipótesis del tema.

CAPÍTULO II: Consta de: marco institucional en donde se explica la historia e inicios de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta y el marco teórico que consta de información bibliográfica tanto de libros como páginas web. En el cual se habla de las dos variables, el alcoholismo como variable independiente, así como también la variable dependiente la cual es enfermedad periodontal, conocida como una enfermedad crónica que por el desconocimiento de sus factores de riesgo puede llegar a lesionar los tejidos de sostén del diente y provocar la pérdida dental.

CAPÍTULO III: En éste capítulo se presenta la metodología de la investigación tanto bibliográfica (libros, páginas web), como de campo (encuestas, fichas clínicas, ficha de observación, prueba de saliva, examen de sangre).

CAPÍTULO IV: En este se encuentra el análisis e interpretación de los resultados de las encuestas, fichas clínicas, ficha de observación, prueba de saliva, examen de sangre, realizada a los alcohólicos; también se encuentran las conclusiones a las cuales hemos llegado una vez culminada la investigación.

ANTECEDENTES

En la población cubana, en el centro comunitario No.3 de Holguín, en el período diciembre 2004 a mayo 2005, se reveló una prevalencia de periodontopatías de un 90.7%, ya que la mayoría de estos pacientes presentaron una higiene bucal deficiente por el alto índice de consumo de alcohol, como el 30.2 % de gingivitis y el 60.5 % de periodontitis, se planteó que un 80% padece de gingivitis, periodontitis o ambas, esta enfermedad es investigada por el Dr. Tezal.

La Dra. Nishida realizó un estudio en la Universidad de Jersey Estados Unidos sobre la asociación de los genotipos ALDH(2) y el consumo de alcohol con la enfermedad periodontal, plantea que múltiples análisis logísticos demuestran la asociación del consumo de alcohol con las periodontopatías; sin embargo el Dr. Harris demostró un estudio sobre la salud bucal de los adictos al alcohol y aunque no precisan cifras, plantean que ningún coeficiente de profundidad de la bolsa periodontal se correlaciona con el alcohol, y se encontró una mayor prevalencia de gingivitis para un 20.9 % y de periodontitis un 44.2 % para un total de 65.1 % de pacientes afectados.

En un estudio realizado en 34 pacientes que estaban en tratamiento de deshabitación de su alcoholismo, se observó una pérdida media de piezas dentales del 15,1%. De las piezas examinadas restantes, el 13,5% presentaban caries. También se vio que un 35,3% presentaban anomalías de los tejidos blandos de la boca, un 47,1% erosiones en los dientes y que un 82,3% presentaban inflamación gingival de moderada a grave. El consumo de alcohol

También se ha relacionado con lesiones en la mucosa oral. En un estudio realizado en el sur de Londres en el que participaron 693 personas, 388 consumidoras solo de alcohol y 305 consumidoras de alcohol y otras drogas, la prevalencia de patología oral fue similar en ambos grupos: 8,8% de queratosis friccional, 4,8% con tejido cicatricial en los labios, 3,8% de candidiasis, 3,0% de queilitis angular. En el análisis estadístico realizado para ver correlaciones, se encontró que las variables con incremento de probabilidad de presentar estas lesiones fueron: la raza (negros o asiáticos), fumadores, personas con un índice de masa corporal < 20 y bebedores de cerveza en grandes cantidades.

El Dr. Montes, el 25 de Julio, Ecuador - Calceta no supone una excepción en lo que se refiere a la generalización del consumo de bebidas alcohólicas: el 88% de la población entre 15 y 64 años ha tomado en alguna ocasión bebidas alcohólicas, y la mayoría (el 60%) ha consumido alcohol al menos una vez en los últimos 30 días. Sólo el 10% de la población Marginal entre 15 y 64 años manifiesta haber consumido alcohol a diario. La última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en Ecuador – Calceta (2007-2008) muestra un descenso notable en los niveles de consumo esporádico de bebidas alcohólicas, y también en el consumo diario y en el porcentaje de bebedores de riesgo: en todos los casos se alcanzan los porcentajes más bajos de los últimos diez años.

Estudios realizados por el Consep, Ecuador – Guayaquil, asignaron a 25 pacientes con por lo menos de profundidad de sondeo ≥ 5 mm y sangrado al sondear a estos grupos: se utilizó ultrasonido en boca entera y se le medicó amoxicilina más metronidazol y se evaluó el índice de placa visible y la posición del margen gingival más el nivel de inserción relativa en estos pacientes.

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo en la época actual ha sido identificado como el factor de riesgo para las enfermedades periodontales que están fuertemente relacionadas con el origen y desarrollo de la gingivitis, la que puede evolucionar hacia la enfermedad periodontal, siendo más destructiva y crónica a los pacientes alcohólicos. En el mundo existente la alta incidencia de consumo de alcohol en las personas alcohólicas, generalmente se inician desde edades muy tempranas, especialmente en la adolescencia y adultez.

En Alemania el Dr.Hornecker en el instituto de seguridad y servicios sociales para los trabajadores del estado (ISSSTE) realizaron estudios sobre las condiciones orales en personas severamente adictas al alcohol y se encontró que el 41% presentan gingivitis, y que un 59 % de pacientes con periodontitis provocando una enfermedad periodontal.

En Latinoamérica, Cuba, el Dr. Araujo realizó estudios que indican que un 82,3% en pacientes alcohólicos en la población cubana padecen de gingivitis y periodontitis, presentando una severa inflamación periodontal por ser personas de alto consumo de alcohol.

A nivel mundial Ecuador se sitúa entre los 3 primeros países en el consumo per cápita de alcoholaproximadamente de 9.4 litros de alcohol al año, con un alto

índice de enfermedad periodontal debido a la excesiva graduación alcohólica con una cifra de 3.7 de mortalidad en los pacientes alcohólicos.

En la Clínica de Rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta, se evidencia que los pacientes alcohólicos presentan mayor índice de la enfermedad periodontal, debido a que se les debilita la zona bucal por la acumulación de bacterias y mala higiene dentaria.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo influye el alcoholismo en la enfermedad periodontal en los pacientes alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El tema a investigar tiene mucha importancia, porque se ve a descubrir las posibles causas que originan el problema, y también para poder encontrar alternativas de solución al mismo, determinando tratar de mejorar su salud oral ya que la mayoría de pacientes con la enfermedad del alcoholismo pueden presentar lesiones periodontales.

El tema investigativo tendrá un impacto social significativo en los pacientes con la enfermedad del alcoholismo, porque se pretende corregir su salud oral para mejorar su calidad de vida, determinando de esta manera tratar de reducir los problemas que se les pudiera presentar en la cavidad oral.

La investigación traerá consigo beneficios significativos, por lo novedoso del tema porque se afianzarán conocimientos para tratar de prevenir las lesiones periodontales, ya que estos pacientes no tienen el conocimiento suficiente sobre cómo mantener una correcta higiene oral y sobre las posibles consecuencias del alcoholismo sobre las lesiones que pudieran presentarse en la cavidad oral.

Con la realización del presente trabajo las ciencias que se beneficiaran son la medicina general ya que el alcoholismo es reconocido desde hace mucho tiempo como un problema de salud pública, así como también la periodoncia porque los efectos se reflejan en el periodonto.

Este trabajo investigativo es totalmente factible ya que se cuenta con el apoyo del director del centro y de los empleados del mismo, así como la colaboración e interés de los internos , así como también es factible realizar este tema de investigación ya que anteriormente nadie lo ha realizado.

Por tal motivo el tema a investigar va a beneficiar a estas personas, ya que no cuentan con atención odontológica adecuada y se pretende mejorar con la investigación la salud oral de los internos.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación del alcoholismo con la enfermedad periodontal en los pacientes de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer el grado de alcoholismo que presentan los pacientes para relacionarlo con el flujo salival.

- Identificar los hábitos de higiene oral y su relación con los niveles de placa bacteriana.
- Analizar los niveles de ácido ascórbico y su incidencia en el sangrado gingival.
- Inspeccionar el estado de los tejidos gingivales para verificar la presencia de enfermedades periodontales.
- Diseñar una propuesta alternativa de solución al problema investigado.

1.5. HIPÓTESIS

El consumo de alcohol incide significativamente en el proceso de la enfermedad periodontal en los pacientes de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. MARCO INSTITUCIONAL

El centro de rehabilitación de alcohólicos “Volver a vivir” fue fundado el 10 de enero de 1996 en la ciudad de Manta ubicado cierto establecimiento en el barrio Jocay contando con el servicio del Lcdo. Ramón Cedeño Duarte y el pastor Pedro Alfonso Mera.

A partir del 2010 pasó a llamarse clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, contando con un pastor y dos auxiliares de servicio.

Como esta clínica resultaba muy pequeña no reunía las condiciones necesarias para estas personas con problemas de alcohol se requería ayuda económica para dar el servicio exacto y justo.

Desde del 2010 al 2011 el Lcdo. Ramón Cedeño Duarte y el pastor Pedro Alfonso Mera decidieron cambiar su clínica de rehabilitación en otro lugar donde hablaron con cada uno de los parientes de los alcohólicos para explicarle de la situación y de lo que se va a pagar y de las condiciones que van a requerir cada uno de ellos, ya que esta clínica se encuentra ubicada en este momento en el barrio la paz de la ciudad de Manta

El 2 de mayo del 2011, decidieron prestar servicios de calidad a estos pacientes alcohólicos como estudios bíblicos, servicios profesionales, liderazgo, prevención, asesoramiento, consejería y como llevar una vida adecuada como persona.

Ahora esta clínica de rehabilitación cuenta con 108 pacientes alcohólicos, dirigidos por el Lcdo. Ramón Cedeño Duarte y el pastor de confianza de años Pedro Alfonso Mera y seis auxiliares de servicio.

Uno de los problemas más frecuente que se presenta en estos pacientes alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta, es la presencia de la enfermedad periodontal, se da por la falta de conocimiento lo que produce el alcohol y las complicaciones que provoca en la cavidad oral.

2.2. ALCOHOLISMO

2.2.1. DEFINICIÓN

Elizondo & Cid (2006) afirma: El alcoholismo “Es una enfermedad que consiste en la incapacidad del bebedor de controlar la ingesta de alcohol, no puede detenerse”¹(p.75).

Vélez, Rojas, Borrero & Restrepo (2004) indica: “se trata de un trastorno crónico caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas que interfiere con la salud y con el funcionamiento social y económico del individuo²” (p.85).

El alcoholismo es una dependencia que tienen las personas por ingerir alcohol etílico, de forma que existe necesidad física del mismo, manifestada a través de determinados síntomas de abstinencia cuando no la tienen al alcance para su

¹Elizondo&Cid. (2006). *Principios Básicos de salud: primera parte*, Editorial Umusa, Balderas 95, México .p.75

²Vélez, H. Rojas, W. Borrero, J & Restrepo, J. (2004). *Fundamentos de medicina: Psiquiatría*, Edición Cuarta, Editorial CIB, Medellín, Colombia. p.85

consumo. Es decir que estas personas no tienen control sobre los límites de su consumo, ni el daño que esto les puede causar por el grado de tolerancia al alcohol si es ingerido por mucho tiempo.

TIPOS DE ALCOHOLISMO

ALCOHOLISMO CRÓNICO

“El alcohólico presenta trastornos de carácter (desconfianza, irritabilidad, con períodos depresivos que pueden llevarlo al suicidio en algunos casos extremos) Todos los órganos resultan afectados, sobre todo el sistema nervioso”³(Alvarado, 2007).

Esto quiere decir que el alcoholismo crónico es provocado por el consumo permanente de alcohol en cantidades excesivas, en donde la persona que padece esta enfermedad no tienen control sobre la cantidad que consume, lo que puede hacer que se presenten síntomas de anorexia, problemas hepáticos que causan cirrosis, pérdida de peso, diarreas frecuentes, trastornos neurológicos y psiquiátricos en donde uno de sus principales efectos es la depresión, teniendo la necesidad de buscar ayuda profesional para mejorar su estilo de vida.

ALCOHOLISMO AGUDO

“Consiste en una crisis pasajera que va desde la euforia (bebida alegre) a la tristeza (bebida triste) hasta la pérdida de razón, marcha titubeante mareos, náuseas y vómitos”⁴ (Alvarado, 2007).

³Alvarado, E. Contreras, D. Manríquez, J & Sáez, G. Grupo alcohol y drogas. Recuperado de <http://alcoholhydroga.blogspot.com/2007/12/tipos-de-alcoholismo-y-clases-de.html>

⁴Alvarado, E. Contreras, D. Manríquez, J & Sáez, G. Grupo alcohol y drogas. Recuperado de <http://alcoholhydroga.blogspot.com/2007/12/tipos-de-alcoholismo-y-clases-de.html>

El alcoholismo agudo se presenta con la embriaguez o intoxicación que se produce por el consumo excesivo de alcohol. Se considera agudo porque se caracteriza por depresión de los centros nerviosos superiores originando trastorno en el control motor, además de la pérdida de la coordinación y en unos casos provoca náuseas, deshidratación, cefaleas y otros síntomas perjudiciales para la salud.

CATEGORÍAS DEL ALCOHOLISMO

DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

Un diagnóstico de dependencia del alcohol a menudo debe realizarse sólo si se ha experimentado o exhibido tres o más de los siguientes ítems en algún momento durante el año anterior:

Lo que significa, fuerte deseo de o sentimiento compulsivo por consumir alcohol. Dificultad para controlar el consumo de alcohol en términos de su inicio, terminación o niveles de uso. Un estado de abstinencia psicológica cuando ha cesado o reducido el consumo de alcohol, según se manifiesta a través de: el característico síndrome de abstinencia de alcohol; o el consumo de alcohol (o una sustancia íntimamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síndromes de abstinencia. Evidencia de tolerancia, de modo que se requieren mayores dosis de alcohol para alcanzar los efectos originalmente producidos por dosis más bajas ⁵. (Maisto, Connors&Dearing, 2008, p.5)

Esto quiere decir, que el alcoholismo es un tipo de fármaco dependencia considerado que afecta a lo físico y psíquico, que a la larga se convierte en una enfermedad crónica, dado por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas afectando directamente a la salud física y mental de las personas alcohólicas, convirtiéndose en un problema social.

ABUSO O USO DE ALCOHOL

⁵Maisto, Connors &Dearing. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*, Editorial El Manual Moderno, México. p.5

Como lo expresan Maisto, Connors & Dearing (2008) se enfoca en situaciones en las que:

Las consecuencias sociales, legales o vocacionales han sido documentadas. Sin embargo, su disponibilidad para emplearse en actividades de evaluación y diagnóstico es valiosa, ya que permiten identificar consumos de alcohol riesgosos o dañinos, independientemente de si se alcanzan o no los criterios para la dependencia de alcohol⁶. (p.4)

En un primer periodo del proceso de consumo de alcohol, el individuo puede desempeñar sus tareas laborales y domésticas de forma normal, sin embargo empieza a presentar periodos de anormalidad, con estallidos de violencia esporádica y depresión que afectan su normal desarrollo social y familiar, donde los hijos son los principales afectados.

Según Gil (2010) expresa:

Es importante saber que para evaluar un bebedor de riesgo hay que tener en cuenta que una persona adulta es capaz de metabolizar aproximadamente de 5 a 6 g de alcohol por hora hasta 160 g de alcohol por día, ya que la capacidad oxidativa del hígado de un alcohólico sano es de 0,7 g/kg de peso/día, lo que se presumiría 50 gramos de alcohol etílico por día en el varón esa es la capacidad de un bebedor normal. Por ello, la alcoholemia puede resultar afectada por algunos factores como los siguientes: El contenido gástrico (la ingestión previa o simultánea de alimento sólido limita su absorción, y las grasas lenta digestión incrementan la retención de alcohol durante el proceso digestivo. La bebida ingerida (concentraciones del alcohol comprendida entre el 20 y 30 % producen las mayores absorciones)⁷. (pp.304-305)

A pesar de que es claro que los individuos con problemas de alcohol severos no son candidatos apropiados en enfoques de bebedores controlados, las estrategias de moderación aún pueden ser efectivas como un punto de partida para

⁶Maisto, Connors & Dearing. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*, Editorial El Manual Moderno, México. p.4

⁷Gil, A. (2010). *Tratado de Nutrición Tomo II*. Edición Segunda, Editorial Médica Panamericana, España. pp.304-305

abordar a pacientes con problemas de alcohol graves y ayudarlos a trabajar en forma gradual hasta alcanzar la abstinencia⁸(Washton&Zweben, 2008, p.19).

Las personas que abusan del alcohol, beben todos los días. Otras lo hacen en determinados momentos, como en los fines de semana y lo beben en grandes cantidades, lo que ya es un signo de dependencia, con estas personas es necesario trabajar para lograr la abstinencia y evitar los problemas que a futuro se pueden presentar con la familia y la sociedad.

2.2.2. EL ALCOHOL

Como lo mencionan Vélez, Rojas, Borrero & Restrepo (2004) el alcohol: “es una sustancia con propiedades analgésicas, anestésicas y depresora del sistema nervioso central, con incapacidad para producir tolerancia, dependencia psicológica y física al igual que los opiáceos”⁹(p.88).

Así mismo para Quesada, Ladero, Hernández & Lizasoain (2009): “Es un producto energético. Cada gramo de etanol genera, a través de su metabolismo oxidativo, 7,2 Kcal y, aunque no tiene utilidad plástica, genera un consumo de elementos clave en la cadena metabólica y altera notablemente el equilibrio bioquímico”¹⁰(p.385).

Lo que se confirma con Gil (2010): “El alcohol tiene un contenido energético de 7/kcal/g valor intermedio entre el de los lípidos y el de los hidratos de carbono y el de las proteínas”¹¹ (p.304).

Esto significa que el contenido alcohólico Varía en los diferentes tipos de bebidas, en general la cerveza contiene 4 a 5% de alcohol, el vino un 12 a 14% y los licores de destilación como whisky, ron, vodka con un 40 a 45%, que son medidas que corresponden a una botella de whisky que contienen 43% de alcohol, mientras que una botella de ron caribeño contiene un 75% de alcohol, ya que una

⁸Washton, A. & Zweben, J. (2008). *Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica terapéutica*. Editorial El Manual Moderno, México. p.19

⁹Vélez, H. Rojas, W. Borrero, J & Restrepo, J. (2004). *Fundamentos de medicina: Psiquiatría*. Edición Cuarta, Editorial CIB, Medellín, Colombia. p.88

¹⁰Quesada, Ladero, Hernández & Lizasoain. (2009). *Drogodependencias*. Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. p.385

¹¹Gil, A. (2010). *Tratado de Nutrición Tomo II*. Edición Segunda, Editorial Médica Panamericana, España. p.304

bebida alcohólica su simetría es de 13 a 14 g de alcohol, las mismas que se clasifican como una bebida de 360 ml una botella de cerveza, 120 ml vaso de vino y 30 ml un chupito de licor.(Moreno, 2002, p.123)

“El consumo anual de alcohol por habitante es el siguiente: Francia 30 litros, Italia 14 litros, Suiza 12 litros, Estados Unidos 9 litros, Gran Bretaña 8, 5 litros”¹²(Brau, 1973, p.249).

SÍNTOMAS DEL ALCOHOL

De acuerdo a Repetto (1995) los síntomas del alcohol se presenta con: “Excitación, Euforia, Confusión mental, Anestesia, Hipnosis, Progresiva disminución de la conciencia y paro respiratorio”¹³ (p.461).

En tal razón la educación sobre el tema de los síntomas del alcohol por su uso indebido del es ya una preocupación para las personas que de una u otra manera se ven afectadas por la misma convivencia que se tiene con las personas que dependen del alcohol. Dado por la toxicidad de los alcoholes que es una narcosis o anestesia sin efectos acumulativos que actúan sobre el sistema nervioso central, haciendo que las personas que lo ingiere siente relajación y está menos inhibido al no poder ejercer las funciones normales reguladoras del comportamiento y voluntad de hacer las cosas..

SIGNOS CLÍNICOS DEL ALCOHOL

Como lo menciona Repetto (1995) se presenta con: “Cierre de la pupila, visión doble, Dificultad o lentitud de comprensión, Lentificación de los reflejos, alteración del habla y del andar (ataxia), pérdida de la capacidad de decidir”¹⁴(p.462).

¹²Brau, J. (1973). *Historia de las Drogas*. Edición Cuarta, Editorial Bruguera, Barcelona.p.249

¹³Repetto, M. (1995). *toxicología avanzada*. Editorial Díaz de Santos, Madrid, España. p.461

¹⁴Repetto, M. (1995). *Toxicología avanzada*. Editorial Díaz de Santos, Madrid, España. p.462

Esto dado por la toxicidad por la ingesta del alcohol ya que esta aumenta unas tres veces por cada átomo de carbono que se añade en la serie homóloga, afectando directamente al cerebro causando daños en muchos de los casos irreversibles.

2.2.3. ETIOLOGÍA DEL ALCOHOL

El alcoholismo no tiene una etiología única, ya que en la casualidad son importantes para los diferentes factores que pueden estar indicadoepidemiológicamente con el agente, el huésped y con el medio ambiente.

Entre los componentes que interceden en el inicio de la bebida y en la adolescencia son la presión social, los aspectos culturales, la imitación, ya que van a formarse algunos tipos como: la vulnerabilidad genética, la psicología y la respuesta individual al estímulo del alcohol (Vélez, Rojas, Borrero & Restrepo, 2004, p.88).

FACTORES DESENCADENANTES DEL ALCOHOL

En los alcohólicos se han encontrado algunos signos que pueden ser: enrojecimiento en toda la piel, repuestas fisiológicas peculiares al alcohol, alteraciones enzimáticas y ceguera de dolores, ya que estos individuos en lo psicosocial beben alcohol para disminuir la angustia generada por los conflictos emocionales propios del desarrollo.

De acuerdo a Vélez, Rojas, Borrero & Restrepo, (2004) afirman que:

La disponibilidad del alcohol en el medio ambiente se clasifica en cuatro formas culturales que son: cultura abstinentes prohíbe el alcohol, cultura ambivalente existe una situación de conflicto hacia el alcohol, cultura moderada acepta al consumo de alcohol en ciertas circunstancias ceremonias pero rechazan la embriaguez o exceso y cultura incondicional no toleran el consumo normal en exceso y la embriaguez.(pp.88-91)

Los sentimientos de inferioridad, inseguridad o incapacidad pueden alterar seriamente la vivencia paralizando los planes de futuro, entre los aspectos ambientales que se deben considerar son: influencia familiar ejercida por el desarrollo psicológico a ser alcohólico, esfuerzo de la familia que se mantiene en el alcoholismo y consecuencias producidas por los familiares del sujeto alcohólico.

2.2.4. HISTORIA DEL ALCOHOL

Cultura: En el mundo antiguo el acceso a agua potable era un problema, que solía estar contaminada y era muy peligrosa para ingerirla. Recordemos que el siglo XVII no se ponen en marcha un sistema eficaz de alcantarillado y separación de aguas, ya que ellos explican que el alcohol se utilizó como bebida diaria y fuente de calorías.

Visión: Son de remota antigüedad, ya se conocían los efectos físicos y psicosociales del uso del alcohol, ya que en el código de los Hammurabi, se constituyó mediante ritos, batallas o medicamentos, ya que el alcohol existe hasta en la pintura o en la Cueva de La Araña, que aparecía en la miel fermentada y son mezclada con agua, considerándola el primer alcohol de la era humana, ya que en el año 4.000 a. C. se hallaron pirámides que mencionaban la cerveza era tomada en cañas.

Naturaleza: Uno de los puntos principales son los alimentos que contienen azúcar por acción de las levaduras al metabolizar extraen energía y producen a la vez alcohol. No sólo en el caso de las uvas y el vino, sino también en la cerveza que se obtiene por fermentación de cereales o almidón. El cultivo de la vid para la elaboración de vino se atribuye a los armenios, cerca de 6000 años antes de Cristo, ya que la primera borrachera histórica fue la de Noé que al bajar del arca plantó una viña elaboró su vino y se embriagó.

De acuerdo a Brau (1973) el Nuevo Testamento:

Sancionó el consumo del alcohol, con el milagro de la transformación del agua en vino, y en la última cena se instituyó la eucaristía con pan y vino. El antiguo testamento Génesis se considera a Noé como el inventor de la viticultura, así misma en La cultura griega, se menciona que el alcohol era una sustancia perjudicial y en la Odisea la utilizaba Polifemo como arma para emborrachar a Ulises, y en 1100 en Italia se destilaba aguardiente y alcohol etílico con fines curativos.(pp. 250-251)

También la Biblia recoge los efectos embriagantes del producto de la planta de la vid y sus consecuencias psicosociales en la historia del patriarca Noé y, sobre todo, en la del sobrino Abraham, Lot, de cuya embriaguez surgieron las relaciones incestuosas con sus hijas¹⁵(Fernández, Quesada, Cerro & Hernández, 2009, p.437).

La dependencia psicológica es una obsesión mental por la droga que ocupa el centro de las inquietudes y de los propósitos de las personas que desde tiempos remotos consumen bebidas alcohólicas y lo hace poner en planos inferiores a causa de sus efectos que los limitan a ejercer de forma adecuada las ocupaciones personales y de trabajo, afectando la vida social destruyendo así la posibilidades de bienestar y de felicidad.

¹⁵ **Fernández, P. Quesada, J.Cerro, J. &Hernández, I.** (2009). *Drogodependencias*. Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. p.437

2.2.5. CAUSAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Suma:El alcohólicoque consume alcohol puede influir en la probabilidad de volverse dependiente, pero aquellas que abarcan de 15 o más tragos a la semana, lo normal es en los varones, en cambio en las mujeres que toman de 12 o más tragos a la semana está en caminado para ser un alcohólico (Fernández, Quesada, Cerro & Hernández, 2009, p.386).

Son innumerables las consecuencias producidas por el consumo del alcohol a causa de factores genéticos culturales y/o ambientales, que conllevan a las personas a ser dependientes de estas bebidas causantes de daños por la ingesta de alcohol lesionando también el músculo cardiaco, originando arritmias e insuficiencia cardiaca.“Sin embargo, hay muchas personas que por razones genéticas, culturales, ambientales, etc., que se analizan en la Sección I, pierden su capacidad de controlar el consumo de alcohol y desarrollan una dependencia”¹⁶(Fernández, Quesada, Cerro&Hernández, 2009, p.386).

Como lo menciona Gil (2010): “El consumo crónico de alcohol produce una acumulación hepática de proteínas de transporte plasmático, como albúmina y transferrina, debido a la lesión de los microtubúlos hepáticos que garantizan su secreción”¹⁷(p.309).

Es así que el consumo crónico de alcohol, tiene consecuencias físicas como:Resaca o malestar después de ingerir alcohol, dificultades para conciliar el sueño después de ingerir alcohol, mareos y vómitos, problemas en la vida sexual debido al consumo de alcohol. Así mismo en lo interpersonal, ya que los amigos y familiares se han preocupado o quejado por la manera de beber, en el

¹⁶ Fernández, P. Quesada, J, Cerro, J. Hernández, I. (2009).*Drogodependencias*.Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España.p.386

¹⁷ Gil, A.(2010). *Tratado de Nutrición Tomo II*. Edicion Segunda, Editorial Médica Panamericana, España.p.309

desempeño como padre ha sufrido menoscabos, dijo o hizo cosas vergonzosas mientras se consumían bebidas alcohólicas, el matrimonio o relación amorosa se ha visto perjudicado. Lo que significa que la vida social ha sufrido daños en lo intrapersonal, ya que se sienten mal consigo mismo por la forma de beber, sienten culpa o vergüenza por no haber tenido una vida digna obstaculizando la superación por la forma que tienen de beber.

2.2.6. ADICCIÓN AL ALCOHOL

Para Ortiz, Alonso, Ubis & Ruiz, (2011) la adicción al alcohol: “es la pérdida de control que sufre la persona cuando desarrolla una actividad determinada, la persistencia en la misma a pesar de las consecuencias adversas, así como la dependencia cada vez mayor de esa conducta”¹⁸(p.4).

Para lo cual Maisto, Connors&Dearing (2008) dice: “La evaluación del consumo de alcohol gira principalmente en torno a la determinación de la “ frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas y a la cantidad de alcohol que se consume” durante las ocasiones en las que se bebe” ¹⁹(p.24).

Por lo antes expuesto la adicción al alcohol altera y limita la incorporación social de los individuos y entorpece las relaciones interpersonales, además de alterar el estilo de vida de la familia y entorno social.

2.2.7. EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología se la presenta como una disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia y predicciones sobre el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades que padecen las

¹⁸Ortiz, A. Alonso, I. Ubis, A. & Ruiz, M. (2011). *Adicciones*. Editorial Masson, España, Barcelona. p.4

¹⁹Maisto, Connors&Dearing. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*. Editorial El Manual Moderno, México. p.24

personas sin importar sus causas que la provocan y que afectan a gran parte de la población mundial.

Como lo mencionan Maisto, Connors&Dearing (2008):“Aproximadamente 2000 millones de personas en todo el mundo ingieren bebidas alcohólicas. Los costos personales y sociales asociados con una manera de beber problemática son considerables, tanto en términos de morbilidad como de mortalidad, en casi todas partes del mundo”²⁰(p.7).

“En cuanto a la dependencia del alcohol, la prevalencia general de 12 meses fue significativamente mayor entre los hombres (5.42%), que entre las mujeres (2.32%)”²¹(Maisto, Connors&Dearing, 2008, p.8).

En tal razón la enfermedad del alcohol forma parte de la epidemiología que en sentido estricto, podría denominarse *epidemiología humana por ingesta de alcohol, siendo ya una necesidad de* estudiar la salud y controlar el consumo masivo de bebidas alcohólicas.

2.2.8. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Tiempo: La terminología utilizada para describir el abuso del alcohol ha variado ampliamente, y se ha caracterizado por la dependencia o abuso del alcohol como una enfermedad que en esencia es una discapacidad involuntaria.

Para Sarason, (2006) el consumo excesivo de alcohol:

Puede provocar dependencia o adicción, también puede dar lugar a graves consecuencias físicas o psicológicas como problemas familiares, laborales durante un período de tiempo, ya que la cantidad de alcohol que se consume a la semana es moderado o de riesgo, por su parte se habla de consumo de riesgo cuando la ingestión semanal de alcohol es superior a 28 unidades, es por eso

²⁰Maisto, Connors&Dearing. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*. Editorial El Manual Moderno, México.p.7

²¹Maisto, Connors&Dearing. (2008). *Trastornos por consumo de alcohol*. Editorial El Manual Moderno, México.p.8

que hoy en día los niños que nacen con este síndrome presentan problemas de aprendizaje y de conducta que se mantienen de por vida.(p.44)

2.2.9. CLASIFICACIÓN DEL ALCOHÓLICO BEBEDOR

BEBEDOR MODERADO

Es la "Ingestión habitual de diversas bebidas alcohólicas inferior a los 3/4 litros por día"²²(Alvarado, 2007).

Es decir que, el aumento del colesterol ligado a las HDL, sin modificación de las HDL, a las que se atribuye el efecto beneficioso. Aumento de la lipoproteína lipasa en el tejido adiposo, que produce un incremento de la hidrólisis de las lipoproteínas de muy baja intensidad (VLDL) y libera componentes que son aceptados por las HDL (fosfolípidos, colesterol libre y apoproteína CII), produciendo así un incremento de estas últimas. Disminución de las LDL y de los triglicéridos, con un efecto similar al de ejercicio²³(Gil, 2010, pp.306-307).

Es decir que el bebedor moderado consume bebidas alcohólicas hasta tres veces por semana pero en cantidades moderadas, por lo tanto presenta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año, sin embargo no se puede olvidar que la cantidad que beba perjudicará la salud a corto o largo plazo.

CAUSAS

Hay un sinnúmero de causas para que las personas abusen o sean dependientes del alcohol, entre las cuales se tienen entre las más altas el desempleo, violencia doméstica, baja autoestima, migración, abandono de los padres entre otros.

²²Alvarado, E. Contreras, D. Manríquez, J & Sáez, G. Grupo alcohol y drogas. Recuperado de <http://alcoholdroga.blogspot.com/2007/12/tipos-de-alcoholismo-y-clases-de.html>

²³Gil, A. (2010). *Tratado de Nutrición Tomo II*. Edición Segunda, Editorial Médica Panamericana, España. pp.306-307

Para Fernández, Quesada, Cerro & Hernández, (2009), entre unas de las causas esta: “escapar de la monotonía, del aburrimiento de su vida o del sufrimiento de alguna de sus facetas biográficas”²⁴(p.447).

SÍNTOMAS

Creciente tolerancia a los efectos del alcohol. Necesidad de consumir alcohol. Esta necesidad se va incrementando progresivamente. Pérdida de control. Se es incapaz de dejar de beber, o de moderar el consumo de alcohol. Lagunas “ en la memoria; aparecen episodios de amnesia. Dejar de beber o moderar el consumo de alcohol. Estallidos de violencia relacionados con el consumo de alcohol. Crecientes problemas en la vida social, familiar, y laboral. Absentismo laboral²⁵(López, Virginia, Recuperado de <http://www.mimandote.com/foros/nutricion-dietas/temas/43056-que-hacer-alcoholismo-moderado>).

BEBEDOR SOCIAL

De acuerdo a Fernández, Quesada, Cerro & Hernández (2009) el bebedor social:

Se caracteriza porque la persona no es capaz de dificultar su ingestadurante ningún período, aunque usualmente nunca se embriaga. El alcohólico que bebe sin violar las normas sociales no satisface los criterios tóxico y determinista, ya que produce efectos biológicos y psicosociales nocivos que mantienen su libertad por ejemplo se embriagan y dejan de tomar durante mucho tiempo, ya que no dependen del alcohol para sentirse más alegre y no presentan problemas de conducta ni en la familia ni en el trabajo. (p.446)

Es decir que el bebedor social se vuelve problemático cuando ha trascendido los límites de beber alcohol, convirtiéndose en conflictivo, convirtiéndose en un serio problema para la persona que consume y su entorno.

²⁴ Fernández, P.Quesada, J. Cerro, J. &Hernández, I. (2009).*Drogodependencias*.Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. p.447

²⁵ Bello, V. Centro Aupa. Recuperado de <http://www.mimandote.com/foros/nutricion-dietas/temas/43056-que-hacer-alcoholismo-moderado>

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Para Fernández, Quesada, Cerro & Hernández (2009):“Trastorno Psiquiátrico de base. Su razón es el intento de compensación, exaltación o apagamiento, de una realidad psicopatológica²⁶(p.447).

Dentro de las manifestaciones clínicas del alcohólico este tiene pérdida de control, es decir que la persona es incapaz de dejar el alcohol por su propia cuenta, tienen la necesidad de consumir alcohol en ayunas y a toda hora del día, siendo causales de celos o la persecución, alucinaciones visuales, fiebre e hipertensión y agresión a las personas que conviven con él.

BEBEDOR EXCESIVO

Como lo menciona Gil (2010):

Los individuos alcohólicos obtienen del etanol gran parte de sus requisitos nutricionales, ya que estos enfermos suelen reducir la ingestión de los alimentos necesarios para su normal desarrollo” cuando parte de la dieta se sustituye isocalóricamente por etanol, si la sustitución es gradual y pequeña, el peso corporal del individuo se mantiene, pero cuando alcanza un determinado nivel (aproximadamente el 50% de la energía total), el peso corporal empieza a descender ²⁷.(p.308)

El bebedor excesivo es el que se bebe más de tres copas en cada ocasión, lo que en determinado momento lo llevará a la embriaguez, indicador que ayuda a determinar que si no hay la presencia de alcohol estas personas no disfrutan de una reunión o una fiesta. Este abuso en ocasiones le traerá consecuencias que lo involucran en accidentes, riñas o actos de violencia frente a las demás personas.

²⁶ Fernández, P.Quesada, J. Cerro, J.&Hernández, I. (2009). *Drogodependencias*.Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. p.447

²⁷ Gil, A. (2010). *Tratado de Nutrición Tomo II*.Edición Segunda, Editorial Médica Panamericana, España.p.308

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Para Fernández, Quesada, Cerro & Hernández, (2009) las manifestaciones clínicas se da por: “Pérdida de la capacidad de control (impulso a la embriaguez).Pérdida de la capacidad de abstinencia (consumo diario / Continuo).Subordinación a la clínica psiquiátrica de base”²⁸(p.446).

La mayor parte de las personas empiezan la ingesta de bebidas alcohólicas a edades muy tempranas sin medir consecuencias, generándose en ellos un mal hábito convirtiéndose en muchos de los casos en bebedor excesivo, el cual no hace conciencia de que el alcohol causa grandes problemas médicos en el organismo, especialmente en el estómago, hígado, corazón y el sistema nervioso central. Manifestaciones que pueden llevar al individuo hasta la muerte.

BEBEDOR OCASIONAL

“Toda su vida social se centra en el alcohol. No consumen por gusto, sino porque le aporta una sensación aparente de seguridad, valor o placer. Al comienzo, la ingesta es circunstancial, y puede dejar de beber”²⁹(Alvarado, 2007).

Esto significa que, un litro de vino de 10 grados tiene 80 gr. de alcohol, mientras que un litro de bebida alcohólica de 45° (whisky, ginebra, ron...) tiene 360. La OMS recomienda que los varones no consuman más de 30 gramos de alcohol al día y las mujeres no más de 24 gr. /día, es decir la cantidad de alcohol de 375 y 300 cl de vino de 10 grados, cantidad que consume el bebedor ocasional según la tipología de Elzo”³⁰. (Baigorri & Ramón, 2004, p.143)

²⁸Fernández, P.Quesada, J. Cerro, J. &Hernández, I. (2009). *Drogodependencias*.Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. p.446

²⁹Alvarado, E. Contreras, D. Manríquez, J. &Sáez, G. Grupo alcohol y drogas. Recuperado de <http://alcoholhydroga.blogspot.com/2007/12/tipos-de-alcoholismo-y-clases-de.html>

³⁰Artemio, B. &Fernández, R. (2004). *Botellón un conflicto postmoderno*. Editorial Icaria, España, Barcelona. p.143

Con lo antes expuesto se deja claro que el bebedor ocasional, como su palabra lo indica bebe en forma ocasional, sin llegar a la ebriedad, tienen control de sí mismo y no abusa, por lo tanto no es dependiente del alcohol.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Como lo mencionan Quesada, Fernández, Cerro & Hernández (2009):“beben ir buscando obtener un placer sensorial, por ejemplo el sabor, o una ligera euforia que facilite su interrelación social”³¹(p.447).

Las características clínicas de los bebedores ocasionales se da por la presencia del síndrome de dificultad respiratoria aguda, insuficiencia renal, quistes o abscesos en el páncreas, acumulación de líquido en el abdomen o ascitis, insuficiencia, y presión arterial baja.

2.2.10. ENFERMEDADES DERIVADAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

APARATO DIGESTIVO

Para Fernández, Quesada, Cerro &Hernández, (2009)

Las alteraciones de la absorción intestinal son frecuentes en los alcohólicos crónicos, y de origen multifactorial. El alcohol puede producir cierto grado de atrofia de las vellosidades, a la que pueden colaborar las diversas deficiencias vitamínicas y de oligoelementos frecuentes en estos enfermos³². (p.413)

PANCREATITIS

³¹ Fernández, P.Quesada, J. Cerro, J. &Hernández, I. (2009). *Drogodependencias*.Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. p.447

³² Fernández, P.Quesada, J. Cerro, J. &Hernández, I. (2009). *Drogodependencias*. Editorial Médica Panamericana, España, Tercera Edición. (2009). p.413

Auto digestión del páncreas: Consisten en brotes de pancreatitis aguda que ya desde el principio anuncian la evolución hacia la pancreatitis crónica o por lo contrario, se trata de dos procesos independientes. La aguda se produce por auto digestión del páncreas por sus propias enzimas, activadas prematuramente dentro de la glándula, ya que va haber un aumento de la secreción pancreática especialmente de pro enzimas por una disminución de la capacidad de inactivación del interior de las glándulas.

Cambio: La pancreatitis crónica es una dolencia definida por la presencia de inflamación, fibrosis y desnutrición del parénquima exocrino que suelen ser calcificantes (Fernández, Quesada, Cerro & Hernández, 2009, p.415).

HÍGADO

Órgano transformador: Sufre de manera destacada los efectos tóxicos, que actúan sinérgicamente para dañar el hígado o producir la llamada alcoholica hepática, que es una enfermedad que afecta principalmente al hígado, ya que un 8 a 20 % de estos alcohólicos se le desarrollan la cirrosis hepática.

Patología: Tiene un comienzo en la infiltración de grasa al hígado producido por el depósito de ácidos grasos no metabolizados, ya que el hígado es el principal órgano alterado del alcohol y a su vez sufre marcadamente los efectos tóxicos, dividiéndose en tres enfermedades que son hígado graso, hepatitis y cirrosis, el primero se lo conoce porque va a ver cambio muy temprano debido a una molestia en la cual las células se inflaman o mueren y el último se lo identifica por ser mortal porque se obstruyen el flujo de sangre, bilis y el hígado es incapaz de funcionar (Elizondo & Cid, 2006, p.76).

APARATO CARDIOVASCULAR

“El alcohol provoca disminución de la producción de plaquetas, glóbulos blancos y glóbulos rojos, produciendo anemia y predisposición a infecciones”³³(Elizondo & Cid, 2006, p, 76).

El alcohol altera el funcionamiento cardíaco, ya que el volumen de eyección, o cantidad de sangre que se eyecta por cada latido, está indicando el funcionamiento del corazón y se puede relacionar con el consumo excesivo del alcohol.

MIOCARDIOPATÍA ALCOHÓLICA

“La relación entre el abuso de alcohol y la enfermedad miocárdica está bien establecida desde hace, 150años, aunque solo en los últimos 20 años se ha esclarecido parcialmente su patogenia”³⁴ (Fernández, Quesada, Cerro &Hernández, 2009, p.417).

ARRITMIAS CARDIACAS

“El consumo excesivo de alcohol, tanto esporádico como habitual, produce arritmias y trastornos de la condición cardíaca. En los abusos ocasionales, la causa radica en un excesivo estímulo simpático y en las alteraciones hidroelectrolíticas que produce la intoxicación alcohólica aguda”³⁵ (Fernández, Quesada, Cerro & Hernández, 2009, p.418).

El consumo de alcohol en exceso provoca arritmias cardiacas, tanto porque se acelere, disminuya o se torne irregular, que ocurre cuando se presentan anomalías en el sistema de conducción eléctrica del corazón, en este estudio el

³³ **Elizondo&Cid.** (2006). *Principios básicos de salud: primera parte.* Editorial Umusa, Balderas 95, México.p.76

³⁴ **Fernández, P.Quesada, J. Cerro, J. &Hernández, I.** (2009). *Drogodependencias.*Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. p.417

³⁵ **Fernández, P.Quesada, J. Cerro, J. &Hernández, I.** (2009). *Drogodependencias.*Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. p.418

alcohol es un indicador importante para que ocurra con frecuencia las arritmias cardiacas

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Consumo habitual de alcohol: Reduce la respuesta al tratamiento antihipertensivo y dificulta el control, ya que estos bebedores alcohólicos la cantidad excesiva de alcohol produce un aumento de la presión arterial proporcionando la dosis desconociendo su mecanismo patogénico.

Cifras tensionales: “Las más altas aproximadamente de 5 a 7% de los hipertensos por consumir alcohol en exceso, ya que uno de los riesgos es su obesidad, envejecimiento de diferente sexo” (Fernández, Quesada, Cerro & Hernández, p.420)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Sistema nervioso central: “Se produce una degeneración del cerebro y dilatación de los espacios. Este sistema interfiere con la capacidad del cerebro para utilizar oxígeno y rompe las conexiones matando las neuronas o alterando la capacidad para aprender la memoria y la concentración” (Elizondo & Cid, 2006, p. 76).

ICTUS CEREBRALES

Fernández, Quesada, Cerro & Hernández (2009) afirma: “La hemorragia sub aracnoides es dos veces más frecuente en varones bebedores excesivos, y siete veces más frecuentes en mujeres, y no es raro recoger un antecedente inmediato de abuso masivo en estos casos”³⁶ (pp.420-421).

³⁶Fernández, P. Quesada, J. Cerro, J. & Hernández, I. (2009). *Drogodependencias*. Edición Tercera, Editorial Médica Panamericana, España. pp.420-421

APARATO RESPIRATORIO

Como lo mencionan Fernández, Quesada, Cerro & Hernández (2009) sostiene que: “en dosis moderadas produce un estímulo reflejo del centro respiratorio, pero según se aumenta la dosis, se produce una depresión central”³⁷(p.389).

RIÑÓN

“Inhibe la liberación con ADH, provocando diuresis y la eliminación de ácido úrico”³⁸(Fernández, Quesada, Cerro & Hernández, 2009, p.389).

VITAMINAS Y MINERALES

Gil, (2010) afirma:

El déficit de tiamina en el alcohólico crónico puede dar lugar a lesiones neuropatológicas y al síndrome de Wernicke-Korsakov (intensas perturbaciones psíquicas, desorientación en el espacio, aumento de euforia, alteración de la memoria y derrames en la retina e incluso en el cerebro)³⁹. (pp.309-310)

MÚSCULO Y HUESOS

Como lo menciona Monés (2010): “Una de las causas en estos alcohólicos es que presentan debilidad, adelgazamiento atrofia dolor de los músculos, pérdida del componente sólido matriz y de los huesos osteoporosis”⁴⁰ (p.46).

2.2.11. CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO EN LA CAVIDAD BUCAL

Agente causal del cáncer oral: Ocurren en cierta forma lo que sucede con el tabaco, por lo general los autores están de acuerdo que el uso inmoderado del alcohol, sea fuera de su etiología, produciendo cambios marcados en la mucosa oral, muchos de los cuales terminan en lesiones precancerosas o cancerígenas.

³⁷ Fernández, P. Quesada, J. Cerro, J. & Hernández, I. (2009). *Drogodependencias*. Editorial Médica Panamericana, España. p.389

³⁸ Fernández, P. Quesada, J. Cerro, J. & Hernández, I. (2009). *Drogodependencias*. Editorial Médica Panamericana, España. p.389

³⁹ Gil, A. (2010). *Tratado de Nutrición Tomo II*. Editorial Médica Panamericana, España. pp.309-310

⁴⁰ Monés, J. (2010). *Enfermedades del hígado y el páncreas*. Editorial Amat, Barcelona. p.46

La relación del cáncer oral se menciona que el consumo crónico de bebidas alcohólicas está asociado desde un punto de vista epidemiológico con un riesgo aumentado de cáncer en aumento, ya que el consumo de alcohol incrementa la permeabilidad de la mucosa oral y no es suficiente para explicar el mayor riesgo de desarrollo de cáncer oral en personas bebedoras, ya que esto ha determinado la búsqueda de otros mecanismos asociados al consumo de etanol.

El consumo de alcohol en las personas perjudica de manera directa a la cavidad bucal, ya que se presentan aspectos del deterioro de las encías y el esmalte, a consecuencia de que se reseca la mucosa bucal y se debilita la boca siendo presa perfecta para el alojamiento de las placas bacterias.

Flujo salival: Es uno de los factores que cuando presenta disminución favorece la aparición de caries dental; en pacientes con xerostomía debido a la ingestión de drogas, radioterapia u otras enfermedades que afectan la norma función de las glándulas salivales.

PH: En la cavidad oralla placa dento bacteriana están relacionadas con la capacidad amortiguadora de la saliva, la cual está determinada por la presencia de sistemas tales como: bicarbonatos, fosfatos, amoníaco y proteínas (Navarro, 2008, p.531).

2.2.12. PRUEBAS PARA MEDIR LA SECRECIÓN DE SALIVA

PRUEBA NO ESTIMULADA PARA LA SECRECIÓN SALIVAL

MÉTODO

La persona se sienta en una posición derecha con su cabeza inclinada adelante para que la producción de saliva sea reunida en el piso de boca y entonces es dirigida a la salida de la boca por encima del labio. Se gotea saliva en la taza o embudo durante 15 minutos. El resultado de esta colección se expresa como mililitros por minuto y resulta de dividir el volumen salival por los minutos transcurridos⁴¹ (Laboratorio 4,2010).

VALORES DE REFERENCIA PARA PRUEBA DE SALIVA NO ESTIMULADA EN ADULTOS. (ML/MINUTO)	
VOLUMEN MINUTO	NIVEL
Más de 0.25	Normal
0.1 – 0.25	Bajo
Menor a 0.1	Muy bajo

2.2.13. PRUEBA ESTIMULADA PARA LA SECRECIÓN SALIVAL

MÉTODO

La persona mastica un pedazo de parafina hasta que se ponga blanda. Antes de que la primera porción de saliva sea tragada, empiece a cronometrar y la masticación es continuada durante otros 5 minutos La saliva es coleccionada en la taza en intervalos cortos durante el período de masticación. La medida no debe incluir la espuma que se forma durante la colección. El resultado se expresa como mililitros por minuto⁴² (Laboratorio 4, 2010).

VALORES DE REFERENCIA PARA PRUEBA DE SALIVA ESTIMULADA EN ADULTOS. (ML/MINUTO)

Más de 1.0	Normal
0.7 – 1.0	Bajo
Menos de 0.7	Muy bajo

⁴¹Laboratorio 4. Recuperado de [http://: Bioquimiodonto.wordpress.com/2010/09/23/Practica/4-2](http://Bioquimiodonto.wordpress.com/2010/09/23/Practica/4-2)

⁴²Laboratorio 4. Recuperado de <http://: Bioquimiodonto.wordpress.com/2010/09/23/Practica/4-2>

2.2.14. EFECTOS DEL ALCOHOL SOBRE LA SALUD PERIODONTAL

Efectos: Son significativos puesto su consumo de bebidas tiene repercusiones prácticamente en todo el organismo, con manifestaciones neurológicas, cardiovasculares, digestivas, sexuales y en la cavidad oral. El alcohol produce atrofia en la mucosa, aumenta la permeabilidad o incrementa la solubilidad de las sustancias tóxicas, ya que los efectos de la adicción de estas sustancias van desde la destrucción del esmalte.

De acuerdo a Nicandro (2008): “Los efectos del alcohol se define como la inflamación de las estructuras de protección y soporte del diente como encía, hueso, cemento y ligamento periodontal, relacionada con la edad, sexo, nivel educacional y socioeconómico, hábitos como el tabaco y alcohol”(p.773).

2.2.15. ALCOHOL Y SALUD

Lamanera en que la salud se define y se valora dentro de una sociedad tiene implicaciones importantes para la política sobre el alcohol. Si se define de manera limitada como la ausencia de enfermedad, entonces el enfoque a menudo se deposita en el tratamiento para la dependencia al alcohol y el manejo clínico de discapacidades relacionadas con el alcohol, tales como la cirrosis hepática y las lesiones traumáticas⁴³ (Bador, Caetano, Caswells, Edwards, Grahan, Grube, Hill, Holder, Homel& Ross, 2010, p.10).

Distribución: El alcohol llega a todo el organismo rápidamente, debido a que no se fija a ningún tejido ni se une a las proteínas del plasma y pasa fácilmente la barrera hematoencefálica y la placenta.

⁴³Bador, T. Caetano, R. Caswells, S. Edwards, G. Grahan, K. Grube, J. Hill, L. Holder, H. Homel&Ross. (2010). *El alcohol un producto de consumo no ordinario*. Editorial Panamericana de la salud, Estados Unidos. Washington. p.10

Se debe partir que el consumo de alcohol es muy común en el mundo, ya que complica un riesgo alto para la salud y consecuencias sociales relacionadas con sus propiedades de intoxicación tóxicas y de creación de dependencia, ya que se ha visto que a muchas personas a lo largo del mundo sufren por estas causa del consumo de sustancias como drogas y alcohol.

De acuerdo a Nicandro (2008): “El 4% de las enfermedades se atribuye al alcohol, que representa muerte o discapacidad a nivel mundial, por lo que el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo de enfermedades en los países en desarrollo con baja mortalidad” (p.773).

2.2.16. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Lorenzo, Ladero, Leza&Lizasoain (2009) afirma:

No podrán circular por las vías objeto de la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial los conductores de vehículos o bicicletas que hayan ingerido o incorporado a su organismo psicotrópicos”⁴⁴. (p.615)

OMS: Es un gobierno nacional o internacional que funciona para regular la comercialización de bebidas alcohólicas niños y adolescentes, restringiendo la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, además de reducir la demanda a través de fijación de precios y mecanismos tributarios con los pagos de impuestos.

Sirve para expandir la sensibilización y el apoyo con respecto a las políticas, para proporcionar tratamientos accesibles a las personas que padecen estos trastornos

⁴⁴Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, J. & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*. Editorial Médica Panamericana, España. p.615

por el abuso del alcohol, o establecer que existan medidas de salud pública para servir el bien público disminuyendo los amplios costos y los problemas relacionados con el uso de alcohol (Bador, Caetano, Caswells, Edwards, Grahan, Grube, Hill, Holder, Homel& Ross, 2010, pp.5-6).

Implementar respuestas que influyan tanto en la cantidad total de alcohol consumida por una población como en los contextos de alto riesgo y en las conductas de consumo de alcohol que tan a menudo se asocian con problemas relacionados con el alcohol⁴⁵ (Bador, Caetano, Caswell, Edward, Grahan, Grube, Hill, Holder, Homel,& Ross, 2010, p.6).

2.3. PERIODONTO

Carranza (2005) afirma:

El periodonto se forma con los tejidos de soporte y protección del diente (encía, ligamento periodontal, cemento, hueso alveolar). Se divide en dos partes: la encía cuya función principal es proteger los tejidos subyacentes, y el aparato de inserción, compuesto de ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar. Se considera que el cemento es parte del periodoncio dado que, junto con el hueso, sirve de soporte a las fibras del ligamento periodontal⁴⁶. (p.15)

2.3.1. ESTRUCTURAS ANATÓMICAS DEL PERIODONTO

El periodonto está formado por encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. La encía forma parte del periodonto de protección. Es la parte de la mucosa bucal que recubre las apófisis óseas alveolares y la porción cervical de los dientes⁴⁷ (Negroni, 2009, p.25).

2.3.2. ENCÍA

Carranza (2005) indica que:

⁴⁵Bador, T. Caetano, R. Caswells, S. Edwards, G. Grahan, K. Grube, J. Hill, L. Holder, H. Homel&Ross. (2010). *El alcohol un producto de consumo no ordinario*. Editorial Panamericana de la salud, Estados Unidos. Washington. p.6

⁴⁶Carranza, F. (2005). *Periodontología Clínica*. Novena Edición, Editorial Mexicana. p.15.

⁴⁷Negroni, M. (2009). *Microbiología Estomatológica*. España: Editorial Panamericana. p.25

La encía es parte de la mucosa bucal que reviste las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes. Está compuesta por un gran número de especies bacterianas en la boca entre los mecanismos de defensa gingival son los siguientes: Contenido de la saliva, desprendimiento de la superficie, acción de los elementos inmunitarios⁴⁸.(p.16)

2.3.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCÍA

ENCÍA MARGINAL

De acuerdo a Carranza (2005):

Asimismo se conoce como no insertada y pertenece al margen terminal o borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar. Posee casi un milímetro de ancho, y está desarrollado por la pared del tejido blando del surco gingival. Desde el punto de vista clínico es de color rosa pálido con un aspecto liso, termina en el margen gingival en forma afilada y se proyecta llenando los espacios interdentarios formando las papilas. (p.16)

SURCO GINGIVAL

Carranza (2005) menciona que:

Es un surco poco profundo o espacio circundante del diente que forma la superficie dental, por un lado, y el revestimiento epitelial del margen libre de la encía. Tiene forma de V en el ser humano clínicamente lo normal es de 2 a 3 milímetros. Se debe tener conocimiento que ninguna restauración debe invadir el surco, ya que se puede alterar su naturaleza, lo que ayudaría a la acumulación de placa y a la inflamación de la zona cervical⁴⁹. (p.16)

ENCÍA INSERTADA

⁴⁸Carranza, F. (2005). *Periodontología Clínica*. Novena Edición, Editorial Mexicana.p.16

⁴⁹Carranza, F. (2005). *Periodontología Clínica*. Novena Edición, México: Editorial Mexicana. p.16

La encía insertada es de color rosado claro, su textura es puntiforme en forma de cáscara de naranja, su consistencia es firme y está adherida al proceso alveolar subyacente, ya que esto impide que los movimientos de los labios y carrillos se transmitan a la encía marginal y está fijada al periostio subyacente del hueso alveolar. La superficie vestibular se extiende hasta la mucosa alveolar es laxa y móvil y varía en distintas zona de la boca. Por lo regular es mayor en la región de los incisivos es de (3.5 a 4.5 mm en el maxilar y de 3.3 a 3.9 mm en la mandíbula) y es menor en los segmentos posteriores (Carranza, 2005, p.17).

ENCÍA INTERDENTAL

Como lo menciona Carranza (2005): “La encía interdental puede piramidal o forma de col. La forma de la encía es un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión”⁵⁰ (p.17-18).

2.3.4. VITAMINA C (ÁCIDO ASCÓRBICO)

Carranza (2005) menciona:

La carencia de vitamina C tiene como secuela la formación y conservación defectuosas de la colágena, retraso de la producción de osteoide, así como la modificación de la función autoblástica. Es un eficaz antioxidante para la salud, es hidrosoluble, se reanuda y neutraliza los biproductos tóxicos del metabolismo humano de la grasa advirtiéndolo de lesiones genéticas o inflamaciones. (p. 220)

“Intervalo de concentración de vitamina C que se considera normal en el plasma es muy amplio desde 0,4mg/dl hasta 1,5mg/dl, los valores que se encuentran entre

⁵⁰ Carranza, F. (2005). *Periodontología Clínica*. Novena Edición, Editorial Mexicana. pp.17-18

0,2mg/dl y 0,4mg/dl, se consideran bajos y los inferiores a 0,2 deficientes”⁵¹(Gil, 2010, p.485).

Chover (2011) indica:

La toma de vitamina C se relaciona con efecto protector en la densidad mineral ósea. Alta ingesta de vitamina C se concierne con disminución de la pérdida de calcio en el cuello femoral y trocánter. El consumo de vitamina C disminuye el sangrado de la gingivitis y regenerar el tejido conectivo de la encía reduciendo la penetración de las bacterias suprimiendo las inflamaciones. (p.399)

2.5. DEFICIENCIA DE VITAMINA C EN EL PERIODONTO

Bascones (2009) establece que:

La deficiencia grave de vitamina C en personas produce el escorbuto, que se caracteriza por una diálisis hemorrágica y retardo de la cicatrización de heridas. Existe, además, pérdida de apetito, adelgazamiento, dolores en las articulaciones, epistaxis, equimosis, y hemorragia en los músculos y tejidos profundos. La utilización de vitamina C como tratamiento de la enfermedad periodontal no está justificada mientras no se eliminen los factores irritativos locales. La medición de los niveles en plasma o suero son adecuados para evaluar el estado clínico del paciente, sin embargo los niveles encontrados en los leucocitos son superiores pero más difíciles de obtener. Los niveles muy bajos pueden ser encontrados en el escorbuto presentándose como un síndrome de mal absorción, alcoholismo, embarazo, hipertiroidismo, falla renal, esteatorrea, hemodiálisis, enfermedades reumatológicas y cáncer. (p.81)

La dosis recomendada de vitamina C diaria varia de 100 mg a 300 mg y la RDA recomienda 60 mg día para evitar un déficit de vitamina C que podría provocar el escorbuto, pero para mantener una salud óptima. Bajo la experiencia de la Medicina Orto molecular la cantidad es aumentada a varios gramos por día. Según el contexto preventivo o terapéutico, esos 60 mg pueden prevenir el escorbuto, pero no dar el soporte óptimo de salud al paciente. Es

⁵¹ Gil, Á. (2010). *Tratado de nutrición bases fisiológicas y bioquímicas de la nutrición*. Editorial Panamericana. p.485

decir, sería la cantidad para prevenir un déficit en una persona sana⁵². (Chover, 2011, p.365)

2.5.1. RELACIONES ETIOLÓGICAS ENTRE ÁCIDO ASCÓRBICO Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

Para Carranza (2005):

Los niveles de ácidos ascórbico intervienen sobre el metabolismo de la colágena en el periodoncio, lo que afecta la capacidad de los tejidos y reparase así mismo. Afecta la formación ósea y pérdida del hueso periodontal, aumenta la permeabilidad de la mucosa a las endotoxina y ayuda a conservar la integridad de la micro vasculatura periodontal, como respuesta a la irritación o cicatrización de las heridas. (p.20)

2.6. PLACA DENTAL

La placa dental es una biopelícula bacteriana, una compleja asociación de numerosas especies bacterianas diferentes juntas en un único entorno. La formación de la biopelícula comienza con el establecimiento y acción de varias especies de bacterias y por interacciones físicas y fisiológicas de las especies que se presenta⁵³. (Eley, Sorry&Manson, 2010, p.20)

2.6.1. ESTRUCTURA DE LA PLACA BACTERIANA

La placa está formada por microorganismos que pueden encontrarse bacterias de diferentes tipos que se adhieren en la cavidad oral, ya que al tener la placa se forma el cálculo que suele ubicarse cerca de los orificios de salida de los conductos salivales. Así se localizan preferentemente en las caras vestibulares de los molares superiores glándula parótida y en las

⁵²Chover, A. (2011). *Medicina Orto molecular*. España: Editorial Club universitario. p.365

⁵³Eley, B. Soory, M. &Manson, J, (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, (2010). p. 20

caras linguales de los dientes inferiores glándulas submaxilares y sublinguales. (Palma & Sánchez, 2007, p.234)

El índice de la placa bacteriana se da de acuerdo a numeraciones cuando no existe la placa se la conoce con el número cero, cuando la materia cubre hasta un 1/3 de la superficie es el uno, el número dos cuando la materia cubre más de 1/3 de la superficie y el tres cuando la materia cubre más de 2/3 de la superficie⁵⁴. (Armas, 2009)

2.6.2. COMPOSICIÓN DE LA PLACA

La placa dental está formada principalmente por microorganismos y 1g de placa (peso húmedo) contiene aproximadamente 2×10^{10} bacterias. Se ha calculado que puede encontrarse más de 325 especies bacterianas diferentes en la placa dental de las más 500 posibles especies registradas en muestras orales⁵⁵. (Eley, Soory & Manson, 2010, p.20)

2.7. FORMACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

Para Eley, Soory & Manson (2010):

La placa es una biopelícula bacteriana, una compleja de numerosas especies bacterianas juntas en un único entorno. La agrupación bacteriana de la biopelícula se inicia cuando las bacterias interactúan con el diente, estas bacterias de la biopelícula están influidas por factores ambientales mediado por el huésped. La comunidad bacteriana puede crear un estado de armonía con el huésped sin causar daños al periodonto. (p.19)

2.7.1. ESTADIO DE LA PELÍCULA ADQUIRIDA

“Segundo después de limpiarse los dientes se deposita una fina capa de proteínas salivales, principalmente glicoproteínas, en la superficie del diente,

⁵⁴Armas, Franco, Gil, Bello, Gonzales, Figuera & Cariaco. (2009). Periodoncia. Recuperado de http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext

⁵⁵Eley, B. Soory, M. & Manson, J, (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, p. 20

también en las restauraciones y prótesis dentales. Esta capa llamada película adquirida, es fina (0.5nm), lisa, incolora y traslucida⁵⁶(Eley, Soory&Manson, 2012, p.20).

2.7.2. ESTADIO DE COLONIZACIÓN BACTERIANA

Según Eley, B. Soory, M. &Manson, J. (2012):

Estas se sitúan directamente sobre el esmalte, aunque principalmente se unen a la película y los agregados bacterianos pueden recubrirse de glicoproteína salival. A partir de las 24 a 48 horas inician depositarse sobre la película adquirida bacterias que viven en la boca. Al inicio las bacterias que colonizan son bacterias aerobias cocos gran +, más tarde aparecen otros tipos de bacterias como los bacilos, las formas filamentosas y los espirilos. (p.20)

2.7.3. ESTADIO DE MADURACIÓN

Como lo mencionan Eley, Soory&Manson (2012): “Durante este proceso, las condiciones ambientales cambian gradualmente provocando más cambios selectivos, que incluyen la abertura del surco gingival como lugar de crecimiento bacteriano y el inicio del fuljo del líquido crevicular gingival”⁵⁷(p.21).

2.3.8. MATERIA ALBA

Es un depósito amarillento o blanquecino, blando y laxo que se encuentra en las bocas descuidadas. Consiste en una masa de microorganismos, células epiteliales descamadas, restos de alimentos, leucocitos y depósitos salivales. Tiene una estructura amorfa y, a diferencia de la placa, puede eliminarse fácilmente y lavarse con pulverización de agua⁵⁸. (Eley, Soory&Manson, 2012, p. 22)

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA MATERIA ALBA

⁵⁶Eley, B. Soory, M. &Manson, J. (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, p. 20

⁵⁷Eley, B. Soory, M. &Manson, J. (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, p. 21

⁵⁸Eley, B. Soory, M. &Manson, J. (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, p. 22

Cuando es 0 sin materia, cuando es 1 materia alba está cubriendo hasta un 1/3 de la superficie, cuando es 2 materia alba está cubriendo de 1/3 de la superficie, cuando es 3 materia alba está cubriendo más de 2/3 de la superficie⁵⁹. (Armas, 2009)

DIFERENCIA ENTRE PLACA SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL

PLACA SUPRAGINGIVAL

“La placa supragingival se encuentra en el margen gingival o sobre este y puede estar en contacto directo con el mismo”⁶⁰(Eley, Soory&Manson, 2012, p.20)

PLACA SUBGINGIVAL

Como lo menciona Eley, Soory&Manson (2012) “La placa subgingival se encuentra por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival y se describe en una sección diferente a continuación”⁶¹(p.20).

DETECCIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

“La detección de la placa bacteriana puede realizarse procedimientos físicos, utilizando fluorescencia o luz ultravioleta, o por procedimientos químicos mediante sustancias reveladoras de placa, tales como la eritrosina, eosina, violeta de genciana, violeta display, verde malaquita”⁶²(Gutiérrez & Iglesia,2009, p.208).

CONTROL DE PLACA BACTERIANA

Para Carranza (2005):

⁵⁹Armas, Franco, Gil, Bello, Gonzales, Figuera & Cariaco. (2009). Periodoncia. Recuperado de http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext

⁶⁰Eley, B. Soory, M. &Manson, J, (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, p. 20

⁶¹Eley, B. Soory, M. &Manson, J, (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, p. 20

⁶²Gutiérrez, E. &Iglesias, P. (2009). *Técnicas de ayuda odontológica – estomatológica*. España: Editorial Editex. p. 208.

El control de la placa es la eliminación regular de la placa dental y prevención de su acumulación sobre los dientes y las superficies gingivales adyacentes. El control de la placa se puede lograr mecánicamente o químicamente mediante cuidados proporcionados por el propio individuo o profesionalmente por dentistas e higienistas dentales. Estas sustancias son: Colutorios, Irrigación, Pastas, hipersensibilidad dentinaria. De esta manera podemos prevenir y tratar la gingivitis, así como la periodontitis. (p.220)

2.3.9. CEPILLADO

Asumiendo que es más importante la minuciosidad en el cepillado que en la técnica empleada, no suele ser conveniente cambiar esta última a no ser que sea estrictamente necesario. Cualquier método es bueno si se consigue eliminar la placa bacteriana y no causar lesiones⁶³. (Gutiérrez & Iglesias, 2009, p.208)

Para Gutiérrez & Iglesias (2009):

Son numerosas las técnicas de cepillado, sin que ninguna de ellas necesariamente más eficaz que las demás, ya que depende de la destreza y minuciosidad de cada persona. La técnica del restregado que se realiza con movimientos horizontales del cepillo dental a lo largo de las caras dentarias, no es conveniente modificar esta técnica si se obtienen buenos resultados. Es adecuado cepillarse tras cada una de las comidas y antes de acostarse, ayuda mucho en la higiene oral la utilización de seda dental una vez al día. (p.208)

TÉCNICAS DEL CEPILLADO

Giratoria: técnica circulatoria o técnica de Stillman modificada, vibratoria: técnica de stillman, Charters y Bass, circular: técnica de Fones, vertical: técnica de Leonard, horizontal: técnica de frotado. Tal vez la técnica de frotado es la más simple y común de cepillado. A los pacientes con enfermedad periodontal con frecuencia se les enseñar una técnica de cepillado sulcular usando un movimiento vibratorio para mejorar el acceso

⁶³ Gutiérrez, E. & Iglesias, P. (2009). *Técnicas de ayuda odontológica – estomatológica*. España: Editorial Editex. p. 208.

en las áreas gingivales. La técnica recomendada con mayor frecuencia es la técnica de Bass, porque destaca la colocación sulcular de las cerdas⁶⁴. (Carranza, 2010, p.733)

TÉCNICA DE BASS

A propósito las técnicas de Bass Carranza (2010):

Dice colóquese la cabeza de un cepillo suave de forma paralela al plano oclusivo, con la cabeza del cepillo cubriendo 3 a 4 dientes, empezando en el diente más distal en el arco. Ubicar las cerdas en el margen gingival en un ángulo de 45° al eje longitudinal, realizar una presión vibratoria ligera, usando movimientos cortos de adelante hacia atrás sin despegar la punta de la cerda, dicho movimiento limpia las superficies en el tercio apical, como los surcos gingivales, elevar el cepillo y moverlo hacia los dientes adyacentes y se debe repetir el proceso tres o cuatro veces en cada diente, si el cepillo es muy grande como para poder alcanzar las superficies linguales, se debe girar verticalmente para presionar el extremo del cepillo hacia el área del surco gingival. Limpiar las superficies oclusales de tres o cuatro veces en cada diente. (p.733)

2.3.10. TIPOS DE CEPILLOS

Carranza (2010) indica que:

Cuando se recomienda un cepillo en particular, es importante considerar la facilidad de uso para el paciente, de la percepción de que el cepillo trabaja bien. Los cepillos eléctricos no requieren técnicas especiales, ya que el paciente debe concentrarse en colocar la cabeza del cepillo junto a los dientes o al margen gingival y es recomendable cambiarlo cada 3 meses porque sus cerdas son más finas y se desgastan más rápido, en cambio los cepillos interdetales proporcionan acceso a las áreas de furcación o áreas aisladas de recesión profunda y funciona sobre las superficies linguales de los molares y premolares inferiores y el límite de duración de estos cepillos son de 6 a 9 meses y son más

⁶⁴ Carranza, F. (2010). *Periodontología Clínica*. Edición décima. México: Editorial Elsevier. p.733

recomendable para usar y más fácil para usarlo en la boca por sus fáciles maniobras. (p.733)

2.3.11. COLUTORIOS

Según Lindhe,Lang&Karring (2009):

Pueden ser simples soluciones acuosas pero la necesidad de que los productos que adquiere el público sean estables y de gusto aceptable suele requerir el agregado de saporíferos, colorantes y conservantes, como el benzoato de sodio.No penetran dentro del surco o bolsa, por lo que su acción se limita al control de placa bacteriana supra gingival. (p. 741)

2.3.12. PASTAS DENTALES

Dada la frecuencia de su empleo el vehículo ideal para portar agentes de control de placa es la pasta dentífrica.Estas pastas tienen la función de comprimir la cantidad de placa bacteriana, disminuyendo el riesgo de caries, remueven restos de alimentos y mejoran triturar mejor los alimentos⁶⁵. (Lindhe, Lang&Karring, 2009, p.741)

2.3.13. GINGIVITIS

Clásicamente la gingivitis se refiere a la respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales (placa dental).Definir la gingivitis no ha sido tarea fácil, pero en los últimos años hay una aceptación, cada vez mayor, de que el término <<gingivitis>> no representa una única enfermedad, pero si un amplio espectro de enfermedades que son el resultado final de diferentes procesos⁶⁶. (Enrille&Fuenmayor, 2009, p.10)

Inflamación localizada coronal a las fibras transeptales. El sondaje y el examen radiológicos no indican pérdida de soporte periodontal. La acumulación y actividad de los PMNs en la zona pericrevicular llevan a la liberación de diversas enzimas con acción lesiva, tanto para las

⁶⁵Lindhe, J. Lang, N. &Karring, T.(2009). *Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. p.740

⁶⁶Enrille, F. &Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. p.10

bacterias como para los tejidos del huésped. Los macrófagos y los linfocitos también empiezan a moverse hacia el lugar. Los primeros tienen acción fagocitaria, neutralizando las enzimas liberadas por los PMNs. Los últimos neutralizan un gran número de antígeno⁶⁷. (Bertolucci, 2007, p.12)

Según Bascones (2009):

La deficiencia grave de vitamina C en personas produce el escorbuto, que se caracteriza por una diátesis hemorrágica y retardo de la cicatrización de heridas. La relación de la enfermedad gingival grave con el escorbuto lleva a suponer que la deficiencia aguda de vitamina C no origina o incrementa la inflamación gingival, pero aumenta su gravedad, ya que la placa bacteriana va causar gingivitis en los individuos con bajo valor de vitamina C, y esta disminución puede complicar la respuesta gingival ante la placa bacteriana o empeorarla causando edema, aumento de volumen o hemorragia. (p.81)

SIGNOS CLÍNICOS DE LA PAPILA INFLAMADA

Según Carranza (2010):

El espacio interproximal ideal debe albergar la papila gingival sin invadirla y también debe extender el contacto interproximal dental hacia la parte superior de la papila para no exceder el espacio existente para atrapar los alimentos o tener una apariencia no estética. Ya que los signos clínicos incluyen el agrandamiento de los contornos gingivales ocasionados por edemas, cambio de coloración rojo o rojo azulado, como también sangrado durante el sondeo y un incremento de exudado gingival. (p.738)

EPIDEMIOLOGIA DE LA GINGIVITIS

Estudios epidemiológicos: En niños y adolescentes, los niveles de severidad de la gingivitis varían de forma considerable. Es necesario dejar claro que causa el variado control de la placa en los grupos estudiados, así como los factores

⁶⁷ Bertolucci, E. (2007). *Atlas de Periodoncia*. Madrid: Editorial Ripano. p. 12.

sociales, etnológicos y geográficos, por lo que la ocurrencia y severidad de la gingivitis puede variar dentro de un mismo grupo de pacientes a quienes se les hay realizado exámenes con varias ocasiones a corto plazo para hacer un seguimiento y control³.

Aunado, el grado de severidad de la gingivitis a lo largo de la vida puede variar enormemente: puede alcanzar su máximo en adolescentes llegando a la pubertad, luego disminuyendo un poco, exhibiendo una ligera tendencia a incrementar proporcionalmente con la edad adulta (Wolf & Hassell, 2009, p.93).

ÍNDICE GINGIVAL

Se utiliza para evaluar el tejido gingival en lo que respecta a los estadios de la gingivitis. Se valora la inflamación de cada una de las zonas gingivales del diente (vestibular, mesial, distal y lingual) y se asignan un valor de 0 a 3⁶⁸. (Armas, M. Franco, K. Gil, M. Bello, M. Gonzales, M. Figuera, I. Cariaco, Recuperado en http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext)

PUNTAJE CRITERIOS

“0 Encía normal, 1 inflamación leve: cambio de color y edema ligero, sin hemorragia al sondeo, 2 inflamación moderada: enrojecimiento, brillo. Hemorragia al sondeo, 3 inflamaciones intensa: enrojecimiento intenso. Ulceración. Tendencia hemorragia”⁶⁹(Armas, M. Franco, K. Gil, M. Bello, M. Gonzales, M. Figuera, I. Cariaco, Recuperado en http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext).

⁶⁸Armas, Franco, Gil, Bello, Gonzales, Figuera & Cariaco. (2009). Periodoncia. Recuperado de http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext

⁶⁹Armas, Franco, Gil, Bello, Gonzales, Figuera & Cariaco. (2009). Periodoncia. Recuperado de http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext

CLASIFICACIÓN DE LA GINGIVITIS

GINGIVA SANA

“La gingivitis es de color rosa coral, y puntilleada. El delgado margen de la encía libre es distinguible a la encía adherida. Tras un sondaje gentil con una sonda periodontal punta roma, no ocurre sangrado”⁷⁰ (Wolf &Hassell, 2009, p.93).

GINGIVITIS LEVE

“El eritema su localización es escasamente visible, y se observa una ligera tumefacción edematosa. Parte de puntilleado característico se pierde, y hay sangrado mínimo al sondaje” (Wolf &Hassell, 2009, p.93).

GINGIVITIS MODERADA

“El eritema es obvio con una tumefacción edematosa. No hay puntillado aparente, y hay hemorragia tras el sondeo del surco” (Wolf &Hassell, 2009, p.93).

GINGIVITIS SEVERA

Como lo mencionan Wolf &Hassell (2009): “Enrojecimiento severo, tumefacción edematosa e hiperplásica; completa ausencia de puntilleado; ulceración interdental, copioso sangrado ante el sondaje y hemorragia espontánea”⁷¹(p.93).

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROSANTE

⁷⁰Wolf, H. &Hassell, T. (2009). *Atlas a color de Periodontología*. Colombia: Editorial Amolca. p.93

⁷¹Wolf, H. &Hassell, T. (2009). *Atlas a color de Periodontología*. Colombia: Editorial Amolca. p.93

Para Wolf&Hassell(2009):

La gingivitis ulcerativa es una inflamación gingival de progreso rápido, es aguda y dolorosa, la cual puede pasar a una etapa sub-aguda o crónica. Esta puede estar muy avanzada en los dientes anteriores y afectar poco a los posteriores, Si no se trata a tiempo la enfermedad progresa, a periodontitis ulcerativa localizada. (p.97)

GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA

Clínicamente, el contorno se regular y firme de la encía cambia y aparece más redondeado con un grado variable de edema o fibrosis. La profundidad del surco puede aumentar ligeramente debido a la formación de pseudobolsas, lo que da paso al aumento de volumen de los tejidos. La hemorragia al sondaje es el primer signo de inflamación y su intensidad es variable, tanto entre individuos como entre sitios en un mismo individuo⁷². (Enrille& Fuenmayor, 2009, p. 10)

GINGIVITIS NO RELACIONADA CON LA PLACA BACTERIANA

“Se caracteriza por no resolverse con el control mecánico o químico de la placa bacteriana. No se encuentra siempre en el margen gingival, pudiendo no iniciarse en esta zona. La inflamación progresa en sentido apicocoronal”⁷³(Raspall, 2007, p.297).

SINTOMAS

Como lo mencionan Wolf &Haseell (2009):“Sangrado, eritema, tumefacción edematosa e hiperplásica, ulceración”⁷⁴(p.93).

2.3.14. PERIODONTITIS

Para Carranza (2005):

⁷²Enrille, F. &Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. p.10

⁷³Raspall, G. (2007). *Cirugía oral e implanto logía*. España: Editorial Médica Panamericana.p.297

⁷⁴Wolf, H. &Hassell, T. (2009). *Atlas a color de Periodontología*. Colombia: Editorial Amolca. p.93

Una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupos de microorganismos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas. Es una enfermedad lentamente progresiva y destructiva que se caracteriza por la inflamación de la encía provocado por la colonización de bacterias de la superficie adyacente y tejidos periodontales que llegan a destruir todas las estructuras como hueso, movilidad y caída de los dientes provocando la formación de bolsas. (pp.17-18)

ETIOLOGÍA DE LA PERIODONTITIS

Es de causa Bacteriana-infecciosa, localizada en la encía, aunque puede afectar la salud general del paciente. La alteración en el equilibrio bacteria-huésped es el desencadenante de esta enfermedad. La enfermedad periodontal se debe a bacterias específicas presentes en la cavidad bucal, alrededor de los dientes y que si no se eliminan correctamente se depositan entre la encía y el diente, inflamando la encía, estas bacterias son capaces de desplazarse por debajo de la encía, migrando a través de la raíz del diente e ir destruyendo el hueso que sujeta los dientes⁷⁵. (Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración, 2005, p.43)

EPIDEMIOLOGIA DE LA PERIODONTITIS

Según Wolf & Hassell (2009):

Como en el caso de los estudios sobre la gingivitis, los resultados deben ser interpretados cuidadosamente. Los estudios epidemiológicos realizados en pacientes ancianos no han considerado cual es la causa de la pérdida dentaria hasta llegar a no presentar ningún diente en su boca. Los estudios que se realizan solo son transitorios en presencia de enfermedad preexistente y otros factores destructivos. (p.93)

Periodonto normal: La encía sana tiene una profundidad de 0.5 a 1mm, también se considera normal a los 3mm. **Periodontitis leve,** pérdida incipiente de inserción de 1/4 ó 1/3 de la longitud radicular.

⁷⁵ Sepa (2005). *Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración*. España: Editorial Médica Panamericana. p.43

Aparece una pérdida ósea horizontal, la profundidad al sondaje es de 4 a 5mm. **Periodontitis moderada**, pérdida de inserción 1/2 de longitud radicular, la destrucción ósea es horizontal con hendiduras verticales. La profundidad máxima del sondaje es de 6 a 7mm. **Periodontitis grave**, la pérdida de inserción es mayor de 1/2 de longitud y la profundidad del sondaje es mayor a 8mm pero la movilidad es evidente⁷⁶. (Villafranca, Fernández, García, Hernández. López, Perillán, Díaz, Pardo, Álvarez, Alfonso, Mansilla & Cobo, 2005, p.367)

CLASIFICACIÓN DE LA PERIODONTITIS

PERIODONTITIS CRÓNICA

Para Enrille& Fuenmayor (2009):

Aun así, esta forma más frecuente de las periodontitis, suelen darse en los adultos por encima de los 30 años y su progresión es lenta en la mayoría de los casos, aunque puede darse brotes agudos de rápida pérdida de inserción. Se caracteriza por ser de evolución lenta y por tener la formación de sacos periodontales y reabsorción del hueso alveolar, ya que pueden demorar años y el tiempo que transcurre en que se inicia la enfermedad y en que se llega a perder un diente, puede llegar a contarse en décadas. Entre las características que presentan son: Formación de cálculos, inflamación gingival, formación de bolsas, pérdida de inserción y pérdida de hueso alveolar. (p.24)

PERIODONTITIS AGRESIVA

Según Enrille& Fuenmayor (2009):

Este término vino a sustituir a las hasta entonces denominadas periodontitis de inicio precoz, unas periodontitis caracterizada todas ellas por un curso agresivo, al pensar que una periodontitis agresiva puede presentarse en cualquier edad. Unas de sus principales características es la pérdida de inserción o destrucción ósea rápida, está asociada a factores sistémicos, genéticos o inmunológicos, se puede presentar en forma localizada o generalizada, por su rápida pérdida de inserción o destrucción ósea. Entre las características que presentan son: inflamación, bolsas profundas, pérdida ósea y movilidad. (p.24)

⁷⁶Villafranca, F. Fernández, M. García, A. Hernández, L. López, L. Perillán, C. Díaz, B. Pardo, B. Álvarez, C. Alfonso, N. Mansilla, O. &Cobo, (2005). M. Manual del técnico superior en higiene bucodental .Madrid, S.L. p. 367.

PERIODONTITIS AGRESIVA LOCALIZADA

Según Enrille & Fuenmayor (2009):

Suele iniciarse en la pubertad 11-15 años y se caracteriza por una rápida progresión, lo que puede hacer que en cuatro o cinco años puede perder más del 50% del soporte periodontal. Entre las características clínicas tenemos: inflamación, bolsas profundas, pérdida ósea avanzada, movilidad y agrandamiento de los ganglios linfáticos. (p.25)

PERIODONTITIS AGRESIVA GENERALIZADA

De acuerdo a Enrille & Fuenmayor (2009):

Suele iniciarse algo más tarde entre los 20 a 30 años y también se caracteriza por una grave destrucción periodontal, que en este caso es generalizada (afecta a más del 30% de la dentición). Se caracteriza por la presencia de inflamación, pérdida de inserción interproximal generalizada afectando más del 30% de la dentición y sangre de manera espontánea. Entre las características clínicas tenemos: Pérdida de inserción interproximal que afecta tres o más dientes, pérdida ósea progresada, tejidos gravemente inflamado ulcerado y bolsas profundas. (p.26)

PERIODONTITIS ULCERATIVA NECROSANTE

Carranza (2005) indica que:

Similar a la gingivitis ulcerativa necrosante aguda pero relacionada con una pérdida clínica de inserción. Se propagan hacia las estructuras periodontales, lo que lleva a la pérdida ósea y de la inserción. Entre las características clínicas tenemos: Áreas de ulceración, necrosis de la papila interdental, sangrado excesivo y mal olor, inflamación, verdaderos sacos periodontales, reabsorción ósea y papila inflamada. (p.104)

PERIODONTITIS SIMPLE

Es la forma más prevalente. Se hace clínicamente significativa sobre los 30 años de edad. Suele estar precedida de una gingivitis. La pérdida de soporte se produce en los periodos activos de la enfermedad. Sin embargo, la presencia de Porfiromonas gingivales indica una alta probabilidad de periodontitis activa⁷⁷. (Raspall, 2007, p.297)

PERIODONTITIS GRAVADA POR FACTORES SISTÉMICOS

“Enfermedades como la diabetes mellitus, la enfermedad de Addison, la enfermedad de Crohn, enfermedades hematológicas o el sida provocan una progresión más rápida de la periodontitis, con diferentes manifestaciones clínicas”⁷⁸(Raspall,2007, p.297).

ABSCESO PERIODONTAL

Como lo menciona Carranza (2010) “Un absceso periodontal es una acumulación localizada de pus dentro de la pared gingival de una bolsa periodontal. Los abscesos periodontales pueden ser agudos o crónicos”⁷⁹(p.554).

ABSCESO PERIODONTAL AGUDO

Es una prominencia en forma ovoide en la encía a lo extendido en la parte lateral de la raíz, se van a presentar edemas en la encía y de un color rojo con un área lisa y brillante. La forma y consistencia puede variar, el área puede tener forma de domo y puede ser relativamente firme o puntiagudo y blanda. En casi todos los casos, el pus puede salir del margen gingival con una presión digital ligera. El absceso periodontal agudo se acompaña de síntomas como dolor pulsátil e irradiado; sensibilidad externa a la palpación del diente, movilidad dental, linfadenitis y con menos frecuencia, efectos sistémicos como, fiebre, leucocitosis y malestar. (Carranza, 2010, p.554)

⁷⁷Raspall, G. (2007). *Cirugía oral e implantología*. España: Editorial Médica Panamericana.p.297

⁷⁸Raspall, G. (2007). *Cirugía oral e implantología*. España: Editorial Médica Panamericana.p.297

⁷⁹Carranza, F. (2010). *Periodontología Clínica*. Edición décima. México: Editorial Elsevier.p.554

ABSCESO PERIODONTAL CRÓNICO

A menudo se presenta con una fistula en algún sitio de la mucosa gingival que se extiende a lo largo de la raíz, suele aparecer con una hendidura puntiforme que no se detecta con facilidad. La fístula puede estar cubierta por una masa discoide pequeña y rosada de tejido de granulación. El absceso periodontal crónico suele ser asintomático. Sin embargo, el paciente puede reportar episodios de un dolor apagado y persistente; una elevación ligera del diente, y un deseo de morder sobre el diente y rechinarlo. (Carranza, 2010, p.555)

ABSCESO PERIODONTAL Y GINGIVAL

Para Carranza (2010):

Las principales diferencias entre el absceso periodontal y el absceso gingival es la ubicación y los antecedentes. Suele presentarse en las zonas libres de enfermedad, este absceso gingival se presenta en la encía gingival. En cuanto el absceso periodontal va afectar las estructuras de soporte y a menudo se presenta en la periodontitis destructiva crónica. (p.557)

ABSCESO PERIAPICAL

Si el diente no tiene vitalidad, es más probable que la lesión sea periapical. Sin embargo, un diente que carecía de vitalidad puede tener una bolsa periodontal profunda que puede generar un absceso. Además, una bolsa periodontal profunda puede extenderse al ápice y puede provocar lesión pulpar y necrosis⁸⁰. (Carranza, 2010, p.557)

DIAGNÓSTICO

De acuerdo a Raspall(2007):

⁸⁰Carranza, F. (2010). *Periodontología Clínica*. Edición décima. México: Editorial Elsevier.p.557

El diagnóstico de la enfermedad periodontal es una confirmación de ausencia o presencia de inflamación periodontal en el que la determina de destrucción previa mediante sondaje puede sugerir, pero no confirmar la presencia de una periodontitis activa. El instrumento que se utiliza para la realización del diagnóstico es manual que exhibe una parte activa más extendida, refinada y de punta redondeada, está valorada en milímetros y permite verificar si hay o no presencia de inflamación. (p.296)

SONDAJE PERIODONTAL

Se introduce la parte activa de la sonda periodontal suave en el surco gingival de forma que mantenga siempre contacto con la superficie del diente. Esta parte activa debe mantenerse alineada con el eje longitudinal del diente, excepto en las zonas interdientarias donde debe inclinarse ligeramente para explorar la región interproximal. La sonda puede penetrar más de 0,5 mm, que es lo que mide aproximadamente el surco, atravesando el epitelio de inserción⁸¹. (Raspall, 2007, p.296)

NIVEL DE INSERCIÓN

“Es la distancia entre la base de la bolsa y un punto fijo sobre la corona como la unión amelo cementaria”⁸² (Carranza, 2010, pp.552- 553).

DETERMINAR EL NIVEL DE INSERCIÓN

Cuando el margen gingival se localiza sobre la corona anatómica, el nivel de inserción se determina por medio de la sustracción de la profundidad de la bolsa de la distancia del margen gingival a la CEJ. Si son iguales, la pérdida de la inserción es igual a cero⁸³. (Carranza, 2010, p.553)

RETRACCIÓN DEL MARGEN GINGIVAL

⁸¹Raspall, G. (2007). *Cirugía oral e implantología*. España: Editorial Médica Panamericana.p.296

⁸²Carranza, F. (2010). *Periodontología Clínica*. Edición décima. México: Editorial Elsevier.pp.552-553

⁸³Carranza, F. (2010). *Periodontología Clínica*. Edición décima. México: Editorial Elsevier.p.553

Es el deslizamiento del margen tisular en dirección apical respecto a la unión cementoamamantino con demostración de la superficie radicular, es una característica de un aseo oral deficiente. El traumatismo tisular provocado por el cepillado dental vigoroso se considera un factor casual del desarrollo de retracciones predominantes, en particular en individuos jóvenes. (Lindhe, Lang, &Karring, 2008, p.959)

RETRACCIÓN ASOCIADA POR FACTORES MECÁNICOS, PREDOMINANTE CON TRAUMATISMO POR CEPILLADO DENTAL

“Las retracciones resultadas de una técnica de cepillado incorrecto suelen hallarse en sitios con encía clínicamente sana y donde la exposición radicular presenta un defecto en forma de cuña cuya, superficie es limpia, lisa y pulida”⁸⁴ (Lindhe, Lang&Karring. 2008, p.959).

RETRACCIÓN ASOCIADA CON UNA LESIÓN INFLAMATORIA LOCALIZADA INDUCIDA POR PLACA

Este tipo de retracción puede hallarse en dientes que están ubicados en posición prominente, es decir en los que el hueso alveolar es fino o está ausente (dehiscencia ósea), y n los que además el tejido gingival es fino (delicado). Una lesión inflamatoria que se desarrolla en respuesta a la placa subgingival ocupa el tejido conjuntivo adyacente al epitelio dentogingival ⁸⁵ . (Lindhe, Lang&Karring, 2008, p.959)

RETRACCIÓN ASOCIADA CON FORMAS GENERALIZADAS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA

Como lo mencionan Lindhe, Lang&Karring (2008):“La pérdida de periodonto de sostén en sitios proximales puede provocar un remodelado compensatorio de sostén en las caras vestibulares / lingual de los dientes con una migración apical del margen de los tejidos blandos”⁸⁶ (p.959).

2.3.15. DIAGNÓSTICO CUANDO LA SONDA ATRAVIESA EL EPITELIO DE INSERCIÓN

⁸⁴Lindhe, J. Lang, N. &Karring, T. (2008).Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica. España: Editorial Médica Panamericana.p.959

⁸⁵Lindhe, J. Lang, N. &Karring, T. (2008). Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica. España: Editorial Médica Panamericana.p.959

⁸⁶Lindhe, J. Lang, N. &Karring, T. (2008). Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica. España: Editorial Médica Panamericana.p.960

Se detiene a nivel de la unión amelocementaria, no hay sangrado: Atraviesa el epitelio de inserción. Sondaje normal de las zonas interproximales. Hay sangrado: Atraviesa el epitelio de inserción hasta las fibras supracrestales Bolsa gingival o bolsa falsa. Diagnóstico de gingivitis. No se detiene a nivel de unión amelocementaria. No hay sangrado: Atraviesa el epitelio de inserción adherida a la raíz pero no al esmalte Diagnóstico de periodontitis inactiva o posterior a un tratamiento periodontal. Hay sangrado: Ausencia de ligamento periodontal y de epitelio de inserción Diagnóstico de periodontitis aunque no puede asegurarse que sea activa en estos momentos, o de gingivitis en una zona de pérdida de soporte óseo. Además del sondaje debe determinarse si existe presencia o no de movilidad de los dientes⁸⁷. (Raspall, 2007, p.296)

SANGRADO AL SONDAJE

Según Palma & Sánchez (2007):

Al pasar la sonda periodontal por el margen gingival se puede observar si existe o no sangrado al sondaje. Ya que en un tejido saludable no hay presencia de signos positivos o inflamación periodontal, la presencia se observara través de índices de hemorragias igual que al índice de higiene utilizado en cuatro superficies: mesial, distal, vestibular, lingual, y se registrará el porcentaje del número de superficie con hemorragia. (p.243)

PERIODONTOGRAMA

Mientras el operador realiza las mediciones en cada uno de los seis puntos de las piezas, el auxiliar realiza la anotación correspondiente. Primero se traza una línea en la línea amelocementaria, que correspondería con el nivel de encía sana, y después se anota la profundidad de sondaje de las bolsas detectadas y recesión gingival. Considerando que aquellas bolsas con una profundidad de sondaje a partir de 4mm son patológicas, se marca la numeración en rojo, y con menor profundidad con azul. Se realiza la anotación numérica trazando líneas, de forma que se pueda obtener el nivel de inserción real en cada una de las piezas, de tal forma que si existe recesión se suma a la profundidad de la bolsa para determinar la pérdida de inserción⁸⁸. (Palma & Sánchez, 2007, p.248)

⁸⁷ Raspall, G. (2007). *Cirugía oral e implantología*. España: Editorial Médica Panamericana. p.296

⁸⁸ Palma, A. & Sánchez, F. (2007). *Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica*, España-Madrid: Editorial Paraninfo. p.248

2.3.16. SALIVA

Según Barrancos & Barrancos (2006):

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 perfecto para el diente. La formación del sarro no solo depende de la cantidad de placa sino de la secreción de la saliva, ya que el primero en mineralizarse es la matriz intracelular. Síntomas de la hipofunción de las glándulas salivales: Sequedad bucal, Sed, problemas para tragar, problemas para hablar, problemas para comer alimentos secos y problemas con el uso de prótesis. (pp.353-354)

2.3.17. CÁLCULO DENTAL

Para Carranza (2005):

El cálculo consta de una placa bacteriana mineralizada que se forma en las superficies de los dientes naturales y las prótesis dentales. Suele ser de color amarillo blancuzco es duro con consistencia tipo arcilla y se desprende con facilidad de la superficie y se adhiere a las superficies radiculares y su distribución no está relacionada con las glándulas salivales, solo con la inflamación gingival y bolsas periodontal, es de color verde oscuro o negro, es mucho más duro que el sarro supra gingival y mucho más adherido a la superficie dental. (p.170)

TIPOS DE CÁLCULO DENTAL

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

Es coronal al margen gingival. Se deposita primero en las superficies dentales que se encuentran frente a la salida de los conductos salivales, en las superficies linguales de los incisivos inferiores y en las superficies vestibulares de los molares superiores, pero puede depositarse en cualquier diente o prótesis dental que no se hayan limpiado bien. Es de color amarillo claro, salvo que se haya teñido por otros factores (p, ej, tabaco, vino, betel), bastante duro y frágil y se desprende con facilidad del diente con un instrumento adecuado⁸⁹. (Eley, Soory&Manson, 2012, p.22)

CÁLCULO SUBGINGIVAL

El cálculo subgingival se localiza por debajo de la cresta de la encía marginal y, por tanto, no se observa durante el examen clínico. Se adhiere a las superficies radiculares y su distribución no está relacionada con las glándulas salivales, sino con la presencia de inflamación gingival y bolsas periodontal, un hecho reflejado por su antiguo nombre “sarro ceruminal”. De color verde oscuro o negro, es mucho más duro que el sarro supra gingival y mucho más adherido a la superficie dental⁹⁰. (Eley, Soory&Manson, 2012, p.22)

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE CÁLCULO

De 0 sin cálculo, de 1 el cálculo supra gingival está cubriendo 1/3 o menos de la superficie, de 2 el cálculo está cubriendo 1/3 a 2/3 de la superficie, de 3 el cálculo está cubriendo más de 2/3 de la superficie⁹¹. (Armas, Franco, Gil, Bello, González, Figuera & Cariaco, Recuperado en http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext)

2.3.18. BOLSA PERIODONTAL

Para Carranza (2005):

El examen de las bolsas periodontales debe incluir el considerar la presencia y distribución sobre cada superficie dental, la profundidad

⁸⁹Eley, B. Soory, M. &Manson, J, (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, p. 22

⁹⁰Eley, B. Soory, M. &Manson, J, (2010). *Periodoncia*. Sexta edición, España: Editorial Elsevier, p. 22

⁹¹Armas, Franco, Gil, Bello, Gonzales, Figuera & Cariaco. (2009). *Periodoncia*. Recuperado de http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext

de la bolsa, el nivel de inserción sobre la raíz y el tipo de bolsa (Supraósea e infraósea). Las mediciones se registran en seis puntos de cada diente que son: tres en vestibular (distovestibular, vestibular y mesiovestibular) y tres en lingual (distolingual, lingual y mesiolingual). La profundidad de sondaje en estado normal varía entre 0 a 3mm porque a partir de 3mm de profundidad de sondaje se habla de bolsas periodontales. (p.548)

SONDEO DE BOLSAS

“Hay dos profundidades de bolsas diferentes: (1) la profundidad biológica o histológica, y (2) la profundidad clínica o del sondeo”⁹² (Carranza, 2010, p.551).

PROFUNDIDAD BIOLÓGICA

“Es la distancia entre el margen gingival y la bolsa, (extremo coronal del epitelio de unión)”⁹³ (Carranza, 2010, p.551).

PROFUNDIDAD DE SONDEO

Es la distancia que penetra el instrumento (sonda), en la bolsa. La profundidad de penetración de una sonda en una bolsa depende de factores como el tamaño de la sonda, la fuerza con la que se introduce, la dirección de la penetración, resistencia de los tejidos y la convexidad de la corona⁹⁴. (Carranza, 2010, p.551)

CLASIFICACIÓN DE LAS BOLSAS PERIODONTAL

BOLSAS GINGIVAL O PSEUDOBOLSA

Para Carranza (2010):

Este tipo de bolsa se forma por el agrandamiento gingival, sin la destrucción de los tejidos periodontales subyacentes. El surco se

⁹² Carranza, F. (2010). *Periodontología Clínica*. Edición décima. México: Editorial Elsevier.p.551

⁹³ Carranza, F. (2010). *Periodontología Clínica*. Edición décima. México: Editorial Elsevier.p.551

⁹⁴ Carranza, F. (2010). *Periodontología Clínica*. Edición décima. México: Editorial Elsevier.p.551

hace más profundo debido al mayor volumen de la encía. No hay migración apical del epitelio de unión a nivel del límite amelo cementerio, su aumento de profundidad es secundario a un agrandamiento de la encía marginal. (p.434)

2.3.19. FURCACIONES

Como lo mencionan Enrille & Fuenmayor (2009) "Para explorar las furcaciones empleamos la sonda de Nabers, introduciéndola entre la encía marginal y el diente y tratando de inclinarla perpendicularmente al eje axial"⁹⁵(p.19).

GRADOS DE INVASIONES DE FURCAS

GRADO I: La sonda puede entrar en la zona de la furcación; sin embargo, el hueso sigue llenando la mayor parte de la zona que está entre las raíces y la sonda no va a penetrar en la furcación más de 1mm aproximadamente en sentido horizontal. GRADO II: La pérdida ósea permite que la sonda penetre más de 1mm en sentido horizontal al interior de la furcación. Sin embargo, sigue habiendo algo de hueso intacto entre las raíces y la sonda no pasa completamente hasta el opuesto. GRADO III: El hueso que hay en la furcación ha sido completamente destruido, por lo que, cuando sondamos horizontalmente la furcación, la sonda pasa de lado a lado⁹⁶. (Enrille & Fuenmayor, 2009, pp.19-20)

2.3.20. MOVILIDAD DENTARIA

Para explorar la movilidad, tomamos en cada mano un instrumento que solo tenga una parte activa y, con los lados romos apoyados en la cara vestibular y lingual de cada diente, presionamos primero en una dirección y luego en la otra observando si el diente se mueve⁹⁷. (Enrille & Fuenmayor, 2009, p.20)

CLASIFICACIÓN DE LA MOVILIDAD

⁹⁵Enrille, F. & Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. p.19

⁹⁶Enrille, F. & Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. pp.19-20

⁹⁷Enrille, F. & Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. p.20

GRADO +: movimientos apenas discernible. GRADO 1: movilidad en sentido vestibulolingual que no excede 1mm. GRADO 2: movilidad en sentido vestibulolingual entre 1 y 2 mm. GRADO 3: la movilidad en sentido vestibulolingual excede los 2 mm y/o el diente se puede instruir en su alvéolo⁹⁸. (Enrille & Fuenmayor, 2009, p.20)

2.3.21. HALITOSIS

Es una alteración temporaria muy común causada por cosas como boca seca, hambre (cetosis) estrés, comer determinados alimentos o una higiene bucal deficiente y se atribuye por causas fisiológicas como la reducción de la secreción de saliva durante el sueño. Se caracteriza por tener un mal olor tienen más posibilidad de presentar enfermedad periodontal, debido al alcohol y por consumir alimentos inadecuados que no son retirado exitosamente por no llevar una higiene bucal suficiente⁹⁹. (Lindhe, Lang & Karring, 2008, p.1333)

CLASIFICACIÓN DE LA HALITOSIS

HALITOSIS GENUINA

Como lo mencionan Lindhe, Lang & Karring (2009): "Está influenciada por dos halitosis que son: En la fisiológica no hay una enfermedad aparente o condición patológica, mientras que la patológica ocurre como consecuencia de una infección en los tejidos bucales"¹⁰⁰ (p.1333).

HALITOSIS SEUDOHALITOSIS

"Es un trastorno en el que la halitosis no existe pero pacientes están convencido que tienen halitosis" (Lindhe, Lang & Karring, 2009, p.1333).

HALITOSIS HALITOFOBIA

⁹⁸ Enrille, F. & Fuenmayor, V. (2009). *Manual de higiene Bucal*. Editorial Médica Panamericana. p.20

⁹⁹ Lindhe, J. Lang, N. & Karring, T. (2008). *Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica*. España: Editorial Médica Panamericana. p.1333

¹⁰⁰ Lindhe, J. Lang, N. & Karring, T. (2008). *Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica*. España: Editorial Médica Panamericana. p.1333

Como lo mencionan Lindhe, Lang&Karring (2009): “Puede ocurrir cuando no hay confirmación física o social para sugerir que existe halitosis, lo cual puede persistir luego de la terapia de halitosis o pseudohalitosis”¹⁰¹(p.1333).

HALITOSIS TEMPORARIA

“Este tipo de halitosis desaparece en forma gradual al comer, o dejar de fumar y no comer ajo y cebolla o comida picante”¹⁰²(Lindhe, Lang&Karring, 2009, p. 1334).

HALITOSIS EXTRABUCAL NARIZ Y GARGANTA

Según Lindhe,Lang&Karring(2009):

Se caracteriza por mal olor en la respiración que sale por la nariz y que no solo se limita a la boca. (Está asociada con molestias respiratorias. Se van a presentar infección en la cavidad nasal y los senos para nasales lo que establece cambios en la labor de limpieza del epitelio respiratorio, lo cual produce el incremento de bacterias y se producen secreciones. Pacientes con estos problemas deben ser atendidos por especialistas. La secreción nasal puede causar mal aliento. (p.1334)

HALITOSIS INTRABUCAL

Como lo mencionan Lindhe, Lang&Karring (2009) “Halitosis intrabucal se caracteriza por una puntuación baja o no existente de respiración nasal combinada con una alta puntuación organoléptica de la respiración oral”¹⁰³(p.1335).

HALITOSIS PATOLÓGICA PERIODONTO

La halitosis está más asociada con una membrana de recubrimiento en la lengua con una membrana de recubrimiento en la lengua que con la gravedad de la enfermedad periodontal. Causas de la halitosis como la periodontitis, la pericoronaritis, el alvéolo seco, la

¹⁰¹Lindhe, J. Lang, N. &Karring, T. (2008). Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica. España: Editorial Médica Panamericana.p.1333

¹⁰²Lindhe, J. Lang, N. &Karring, T. (2008). Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica. España: Editorial Médica Panamericana.p.1334

¹⁰³Lindhe, J. Lang, N. &Karring, T. (2008). Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica. España: Editorial Médica Panamericana.p.1335

periodontitis necrosante, la gingivitis ulcero-necrosante (GUN), la infección oral y la caries dental deben ser tratadas por el odontólogo y/o el periodoncista¹⁰⁴.(Lindhe, Lang&Karring, 2009, p.1335)

HALITOSIS FISIOLÓGICA RECUBRIMIENTO DE LA LENGUA

Para Lindhe, Lang&Karring(2009):

El raspamiento de la lengua sería el método higiénico más efectivo para reducir el mal aliento de la mañana en sujetos periodontalmente sanos. Cumplir la higiene de la lengua con un cepillo dental duro mojado con clorhexidina al parecer causa la reducción de la halitosis. (p.1335)

¹⁰⁴Lindhe, J. Lang, N. &Karring, T. (2008). Periodontología Clínica e implanto logia Odontológica. España: Editorial Médica Panamericana.p.1335

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODOS

3.1.1. MODALIDADES BÁSICAS DE INVESTIGACIÓN.

BIBLIOGRÁFICA

La investigación es bibliográfica porque para llevarla a efecto fue necesaria la recopilación de información de distintos medios, entre los que constan libros de texto y la web.

CAMPO

La investigación es de campo, porque se realizó en los pacientes alcohólicos para constatar la presencia de dicho problema; para cuya aplicación se requirió el uso de encuestas, fichas clínicas, fichas de observación y datos de recolección de saliva.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

EXPLORATORIA: Porque se exploró acerca de la relación que tiene el alcoholismo y su incidencia en la aparición de la enfermedad periodontal de los pacientes alcohólicos.

DESCRIPTIVA: Ya que se describieron las diferentes causas que provoca enfermedad periodontal en los pacientes que beben.

ANALÍTICA: Se obtuvo un análisis integro del problema.

SINTÉTICA: Toda la información recopilada, la cual midió el alcance de los objetivos, fue sintetizada mediante conclusiones al final de la investigación.

PROPOSITIVA: Al final de la investigación se diseñó una propuesta de solución al problema.

3.2. TÉCNICAS

3.2.1. OBSERVACIÓN

Se observó el estado de salud periodontal de los pacientes alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

3.2.2. ENCUESTA

Se encuestó a los pacientes alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

3.3. INSTRUMENTOS

- Ficha clínica.
- Formulario de encuesta.
- Fichas de observación
- Datos de recolección de saliva
- Examen de sangre

3.4. RECURSOS

3.4.1. TALENTO HUMANO

- Investigadores
- Tutora de Tesis
- Pacientes alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta.

3.4.2. RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Computadora
- Impresora
- Cámara fotográfica
- Internet
- Pendrive

3.4.3. MATERIALES

- Formulario de encuesta
- Ficha clínica
- Instrumentos de exploración odontológica (guantes, mascarillas, espejos, exploradores).
- Materiales de oficina
- Instrumental de periodoncia
- Fotocopias
- Textos relacionados al tema de investigación

3.4.4. ECONÓMICO

La tesis tendrá un costo de 1,627.07

3.4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN:

Los pacientes de la clínica rehabilitación “Volver a Vivir” de la ciudad de Manta, la edad comprendida es de 15 a 75 años, la cual la constituyen 102 pacientes.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra la constituyen 102 pacientes alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta.

TIPO DE MUESTREO

Según el problema y los objetivos formados, el estudio es de tipo: Muestreo estratificado.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Análisis e interpretación de los resultados de la investigación.

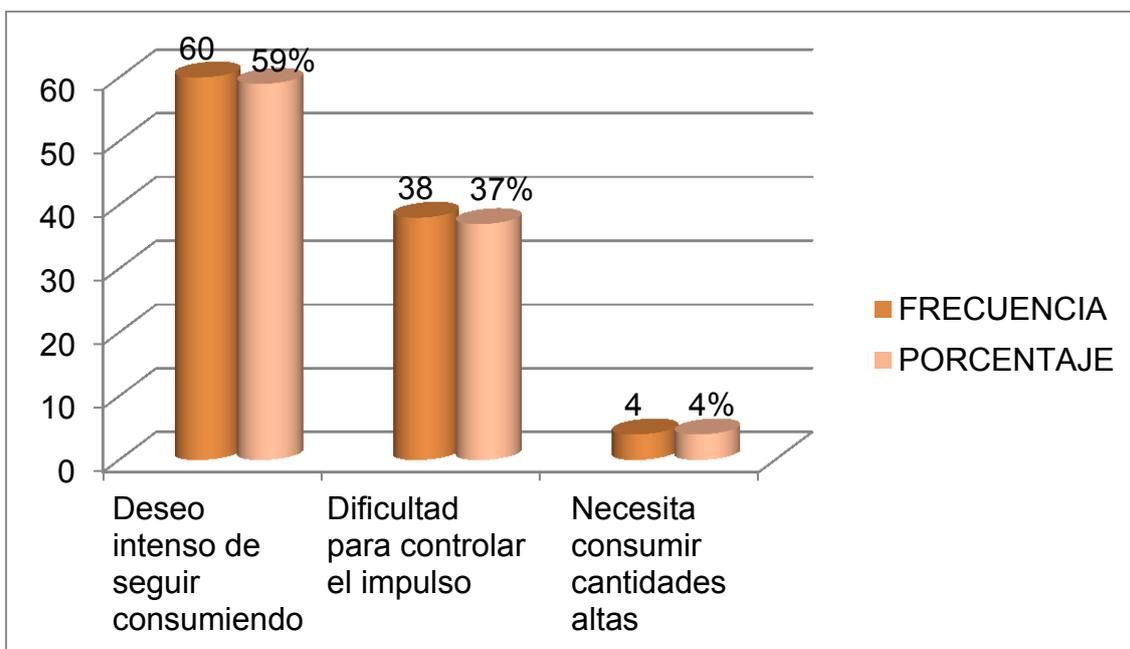
4.1.1. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en las encuestas.

PREGUNTA 1. ¿Al beber alcohol usted tiene los siguientes síntomas?

CUADRO N° 1

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deseo intenso de seguir consumiendo	60	59%
Dificultad para controlar el impulso	38	37%
Necesita consumir cantidades altas	4	4%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿Al beber alcohol usted tiene los siguientes síntomas? Respondieron: deseo intenso de seguir consumiendo 60, que corresponde al 59%; dificultad para controlar el impulso que respondieron 38, lo que corresponde al 37%; necesita consumir cantidades altas respondieron 4, lo que corresponde al 4% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Maisto, Connors & Dearing (2008), Trastornos por consumo de alcohol, cita lo siguiente:

Lo que significa, fuerte deseo de o sentimiento compulsivo por consumir alcohol. Dificultad para controlar el consumo de alcohol en términos de su inicio, terminación o niveles de uso. Un estado de abstinencia psicológica cuando ha cesado o reducido el consumo de alcohol, según se manifiesta a través de: el característico síndrome de abstinencia de alcohol; o el consumo de alcohol (o una sustancia íntimamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síndromes de abstinencia. Evidencia de tolerancia, de modo que se requieren mayores dosis de alcohol para alcanzar los efectos originalmente producidos por dosis más bajas⁵. (p.14)

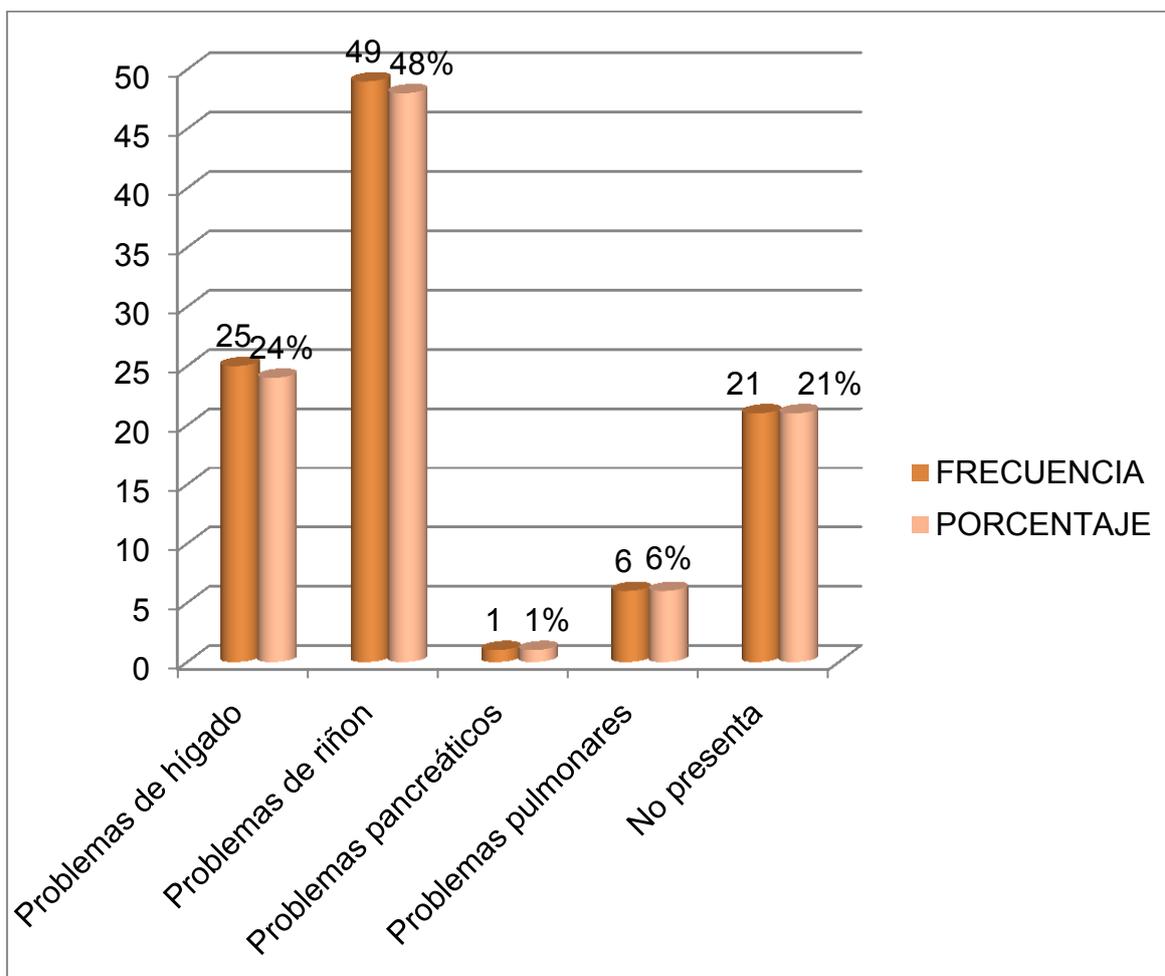
Según los resultados obtenidos, la mayoría de los encuestados dicen que los primeros síntomas que presentaban era que tenían un deseo intenso y dificultad para controlar sus impulsos; es decir, estos son los primeros síntomas que el alcohólico va a presentar en su vida diaria

PREGUNTA 2. ¿Cuál de los siguientes problemas de salud ha presentado usted a causa del consumo de alcohol?

CUADRO N°2

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Problemas de hígado	25	24%
Problemas de riñón	49	48%
Problemas pancreáticos	1	1%
Problemas pulmonares	6	6%
No presenta	21	21%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°2



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿Cuál de los siguientes problemas de salud a presentado usted a causa del consumo de alcohol? Respondieron: problemas de hígado 25 encuestados, lo que corresponde a un 24%; problemas de riñón que respondieron 49, lo que corresponde al 48%; problemas pancreáticos respondieron 1, lo que corresponde al 1%; problemas pulmonares que respondieron 6, lo que corresponde al 6%; no presenta, respondieron 21, lo que corresponde al 21% del total de los alcohólicos encuestados.

En libro publicado por Sarason (2006), Sistema de clasificación multiaxial cita lo siguiente:

Puede provocar dependencia o adicción, también puede dar lugar a graves consecuencias físicas o psicológicas como problemas familiares, laborales durante un período de tiempo, ya que la cantidad de alcohol que se consume a la semana es moderado o de riesgo, por su parte se habla de consumo de riesgo cuando la ingestión semanal de alcohol es superior a 28 unidades, es por eso que hoy en día los niños que nacen con este síndrome presentan problemas de aprendizaje y de conducta que se mantienen de por vida(p.44).

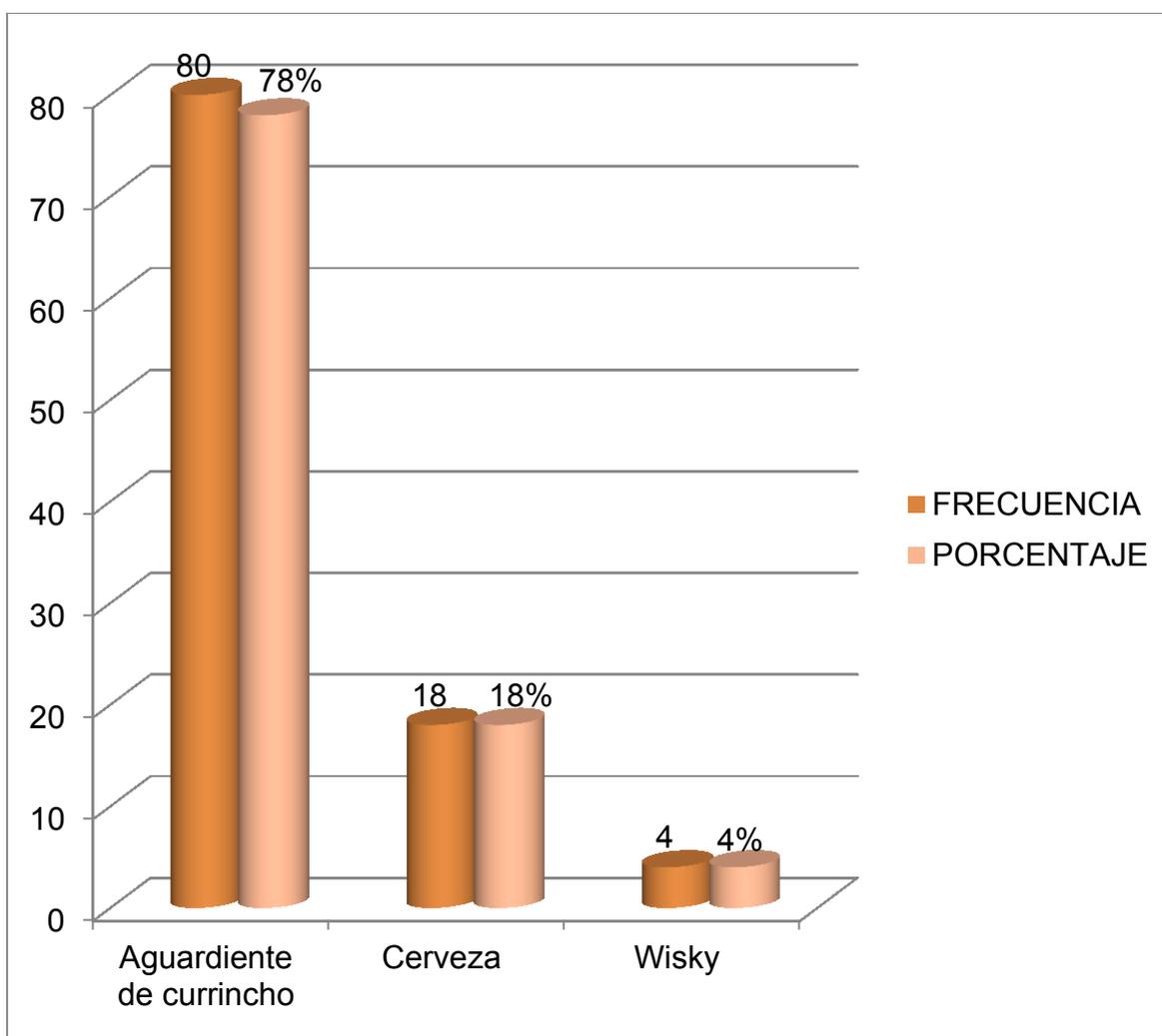
De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de estos alcohólicos es que presentan problemas de salud en el riñón lo cual indica que el alcohol ocasiona problemas a nivel de los sistemas de los sistemas del cuerpo causando daño serios si no son tratados a tiempo

PREGUNTA 3. ¿Qué clase de alcohol usted ingería?

CUADRO N°3

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aguardiente de currincho	80	78%
Cerveza	18	18%
Whisky	4	4%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°3



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", ¿Qué clase de alcohol usted ingería? Respondieron: aguardiente de currincho 80 encuestados, lo que corresponde a un 78%; cerveza que respondieron 18, lo que corresponde al 18%; whisky respondieron 4, lo que corresponde al 4% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Moreno (2002), Sistema de clasificación multiaxial, cita lo siguiente:

Esto significa que el contenido alcohólico Varía en los diferentes tipos de bebidas, en general la cerveza contiene 4 a 5% de alcohol, el vino un 12 a 14% y los licores de destilación como whisky, ron, vodka con un 40 a 45%, que son medidas que corresponden a una botella de whisky que contienen 43% de alcohol, mientras que una botella de ron caribeño contiene un 75% de alcohol, ya que una bebida alcohólica su simetría es de 13 a 14 g de alcohol, las mismas que se clasifican como una bebida de 360 ml una botella de cerveza, 120 ml vaso de vino y 30 ml un chupito de licor. (p.123)

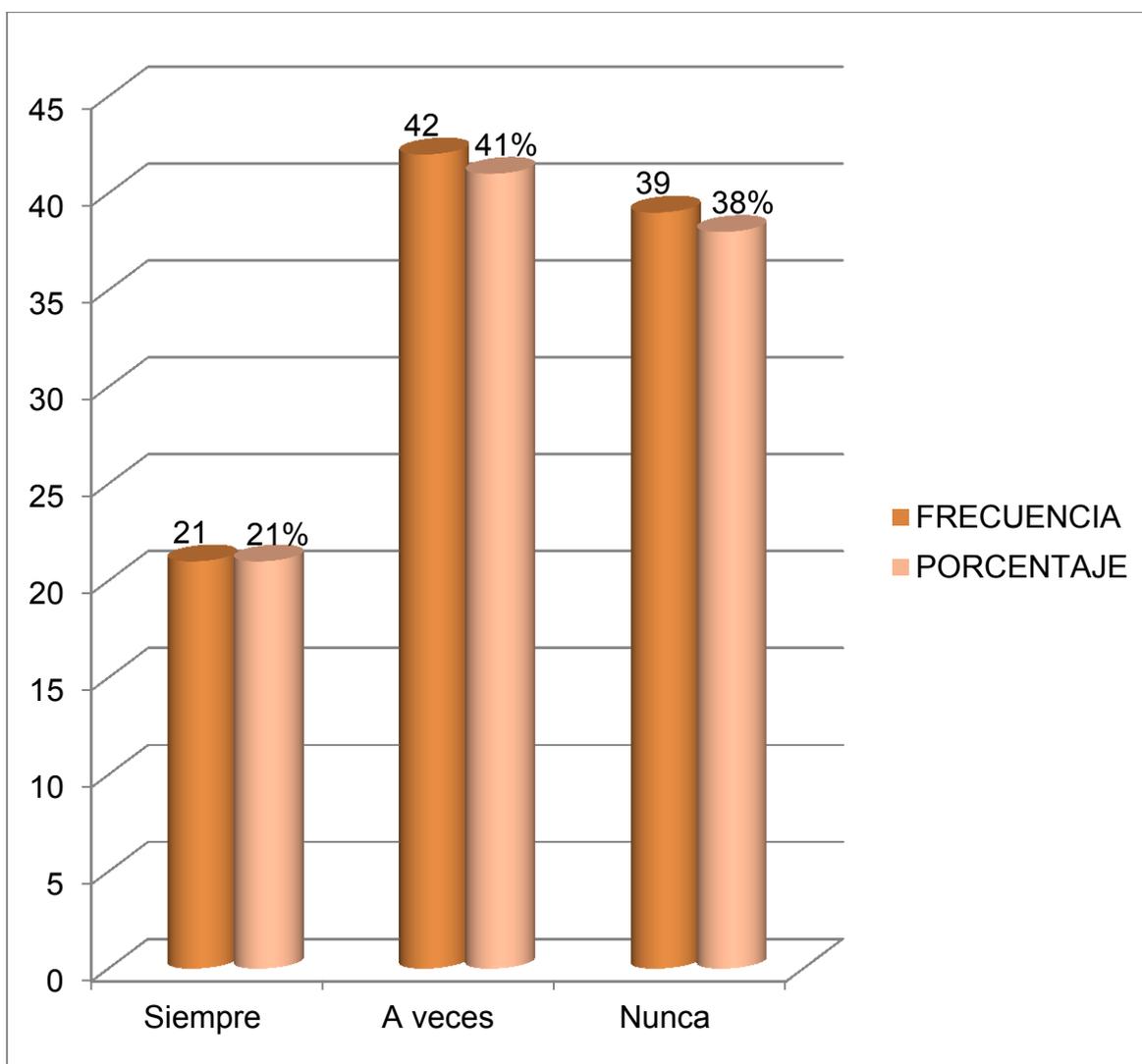
Según los resultados obtenidos, un gran porcentaje de los encuestados ingerían aguardiente de currincho, lo que nos indica que estas personas alcohólicas consumen el licor más barato muchas veces a que las condiciones económicas de estos pacientes son bajas.

PREGUNTA 4. ¿Puede controlar el consumo de alcohol?

CUADRO N°4

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	21	21%
A veces	42	41%
Nunca	39	38%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°4



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la Clínica de Rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", ¿Puede controlar el consumo de alcohol? Respondieron: siempre 21 encuestados, lo que corresponde a un 21%; a veces 42 que respondieron al 41%; nunca respondieron 39, lo que corresponde al 38% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Sarason(2006), Sistema de clasificación multiaxial cita lo siguiente:

Puede provocar dependencia o adicción, también puede dar lugar a graves consecuencias físicas o psicológicas como problemas familiares, laborales durante un período de tiempo, ya que la cantidad de alcohol que se consume a la semana es moderado o de riesgo, por su parte se habla de consumo de riesgo cuando la ingestión semanal de alcohol es superior a 28 unidades, es por eso que hoy en día los niños que nacen con este síndrome presentan problemas de aprendizaje y de conducta que se mantienen de por vida. (p.44)

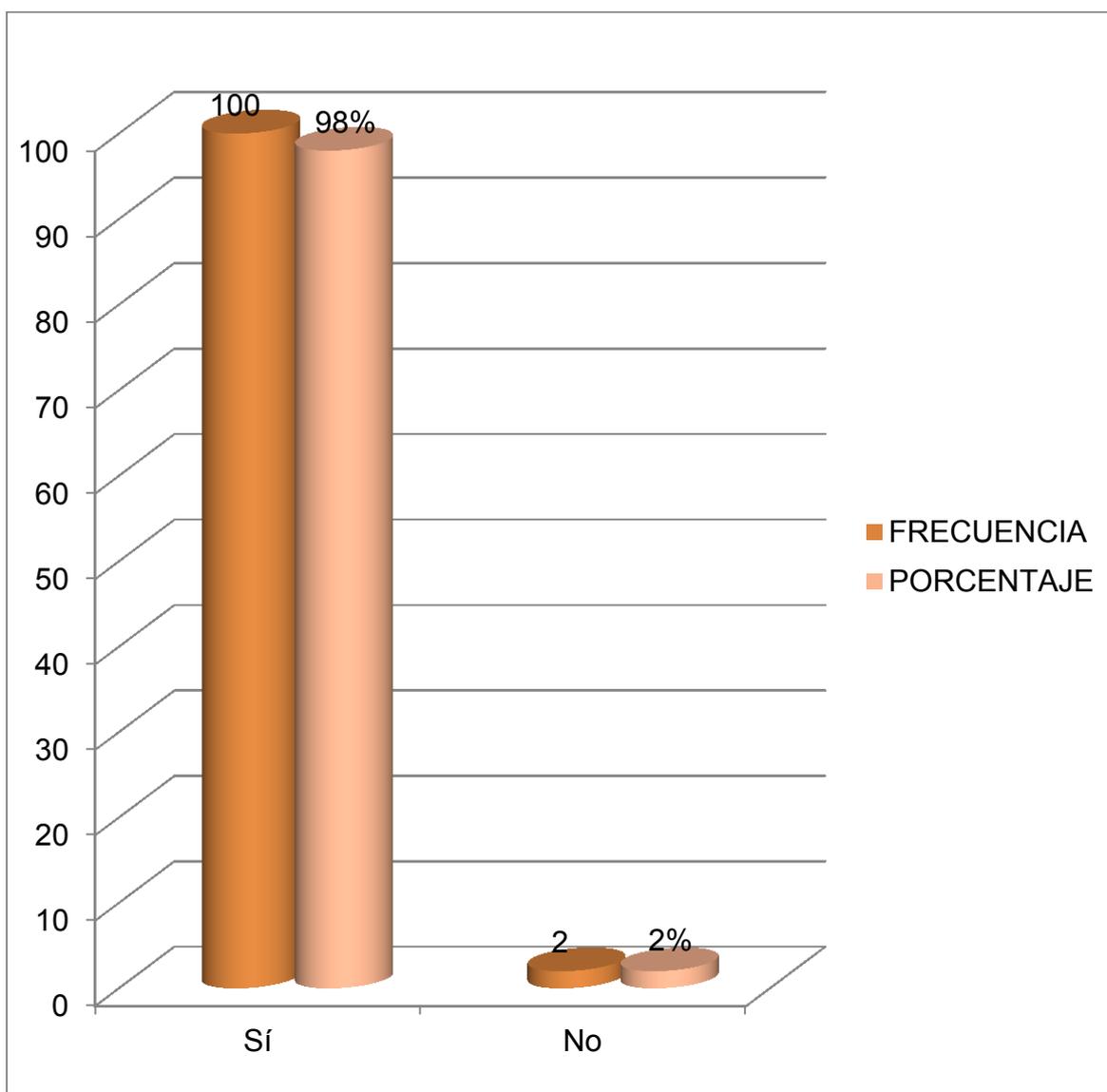
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados tienen problemas para controlar el consumo del alcohol, lo cual facilita su dependencia al mismo.

PREUNTA 5. ¿El consumo excesivo de alcohol le ha ocasionado problemas a nivel personal?

CUADRO N° 5

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	100	98%
No	2	2%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°5



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿El consumo excesivo de alcohol le ha ocasionado problemas a nivel personal? Respondieron: sí 100 encuestados, lo que corresponde a un 98%; no respondieron 2, lo que corresponde al 2% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Maisto, Connors&Dearing (2008)Trastornos por consumo de alcohol cita lo siguiente:

“La evaluación del consumo de alcohol gira principalmente en torno a la determinación de la “ frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas y a la cantidad de alcohol que se consume” durante las ocasiones en las que se bebe”¹⁹(p.22).

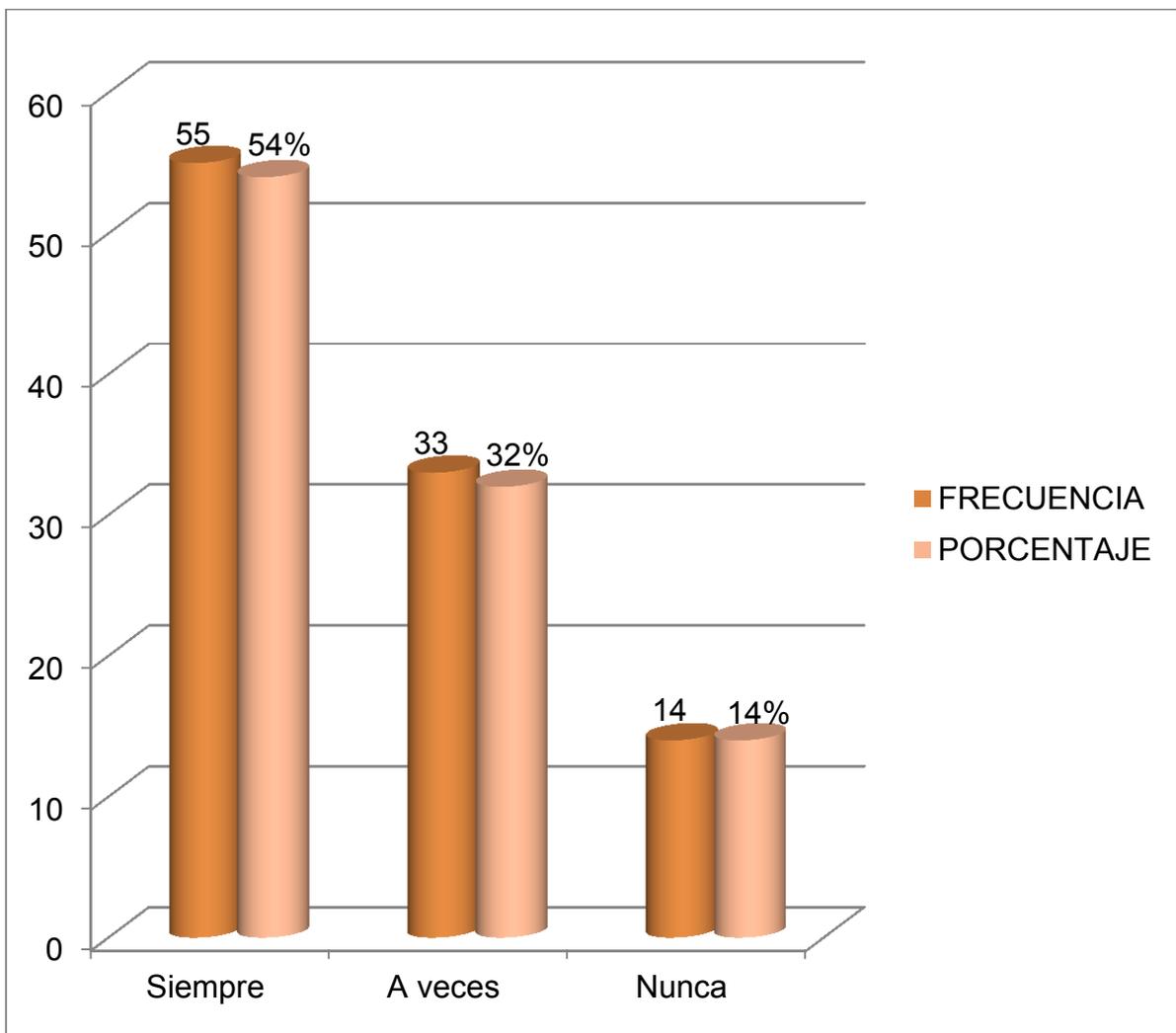
Según los resultados obtenidos, un gran porcentaje de los encuestados siempre presentaban problemas a nivel personal producto del consumo del alcohol, siendo esta uno de las principales consecuencias por el exceso del consumo del alcohol.

PREGUNTA 6. ¿El consumo excesivo de alcohol le ha ocasionado problemas laborales?

CUADRO N°6

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	55	54%
A veces	33	32%
Nunca	14	14%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 6



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿El consumo excesivo de alcohol le ha ocasionado problemas laborales? Respondieron: siempre 55 encuestados, lo que corresponde a un 54%; a veces 33, que respondieron al 32%; nunca respondieron 14, lo que corresponde al 14% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Fernández, Quesada, Cerro & Hernández (2009), citan lo siguiente:

Se caracteriza porque la persona no es capaz de dificultar su ingesta durante ningún período, aunque usualmente nunca se embriaga. El alcohólico que bebe sin violar las normas sociales no satisface los criterios tóxico y determinista, ya que produce efectos biológicos y psicosociales nocivos que mantienen su libertad por ejemplo se embriagan y dejan de tomar durante mucho tiempo, ya que no dependen del alcohol para sentirse más alegre y no presentan problemas de conducta ni en la familia ni en el trabajo. (p.446)

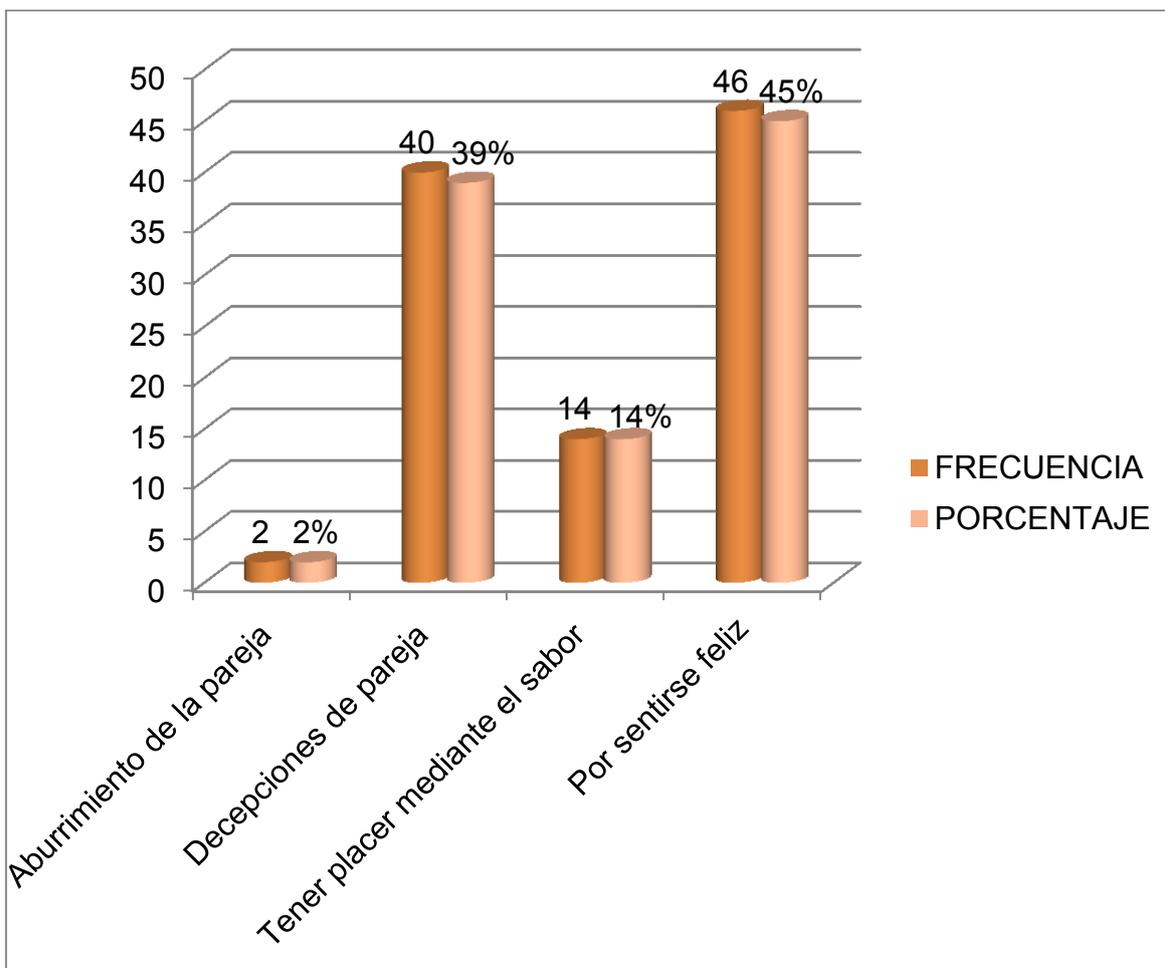
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados siempre tiene problemas laborales porque son personas que su grado de dependencia al alcohol es tan fuerte que en horas de trabajo consumen alcohol para satisfacer sus gustos o necesidades, lo cual les provoca incluso faltar a su trabajo, o al contrario no les interesa trabajar por la adicción.

PREGUNTA 7. ¿Cuál es el motivo más importante que usted tenía para ingerir alcohol?

CUADRO N°7

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aburrimiento de la pareja	2	2%
Decepciones de pareja	40	39%
Tener placer mediante el sabor	14	14%
Por sentirse feliz	46	45%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 7



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿Cuál es el motivo más importante que usted tenía para ingerir alcohol? Respondieron: aburrimiento de pareja 2 encuestados, lo que corresponde a un 2%; decepciones de pareja 40, que respondieron al 39%; tener placer mediante el sabor respondieron 14, lo que corresponde al 14%; por sentirse feliz respondieron 46, lo que corresponde al 45% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Ortiz, Alonso, Ubis & Ruiz (2011), adicciones citan lo siguiente:

La adición al alcohol: “es la pérdida de control que sufre la persona cuando desarrolla una actividad determinada, la persistencia en la misma a pesar de las consecuencias adversas, así como la dependencia cada vez mayor de esa conducta”¹⁸ (p.4).

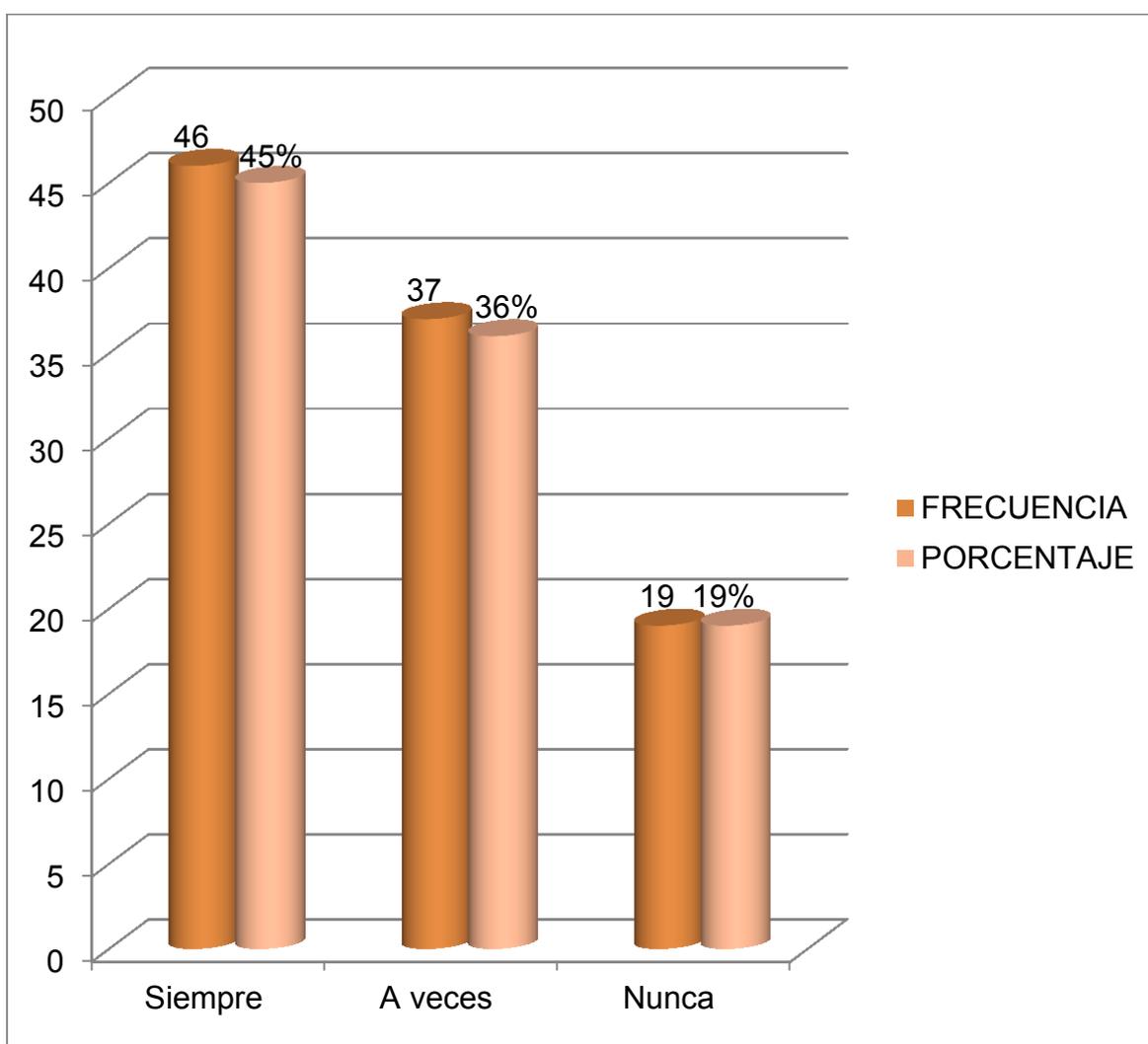
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados se da por decepciones de pareja o por sentirse feliz en su momento de consumir o ingerir alcohol, ya que el alcohol produce un efecto momentáneo de sentirse feliz u olvidar sus problemas.

PREGUNTA 8. ¿Cuándo consumía alcohol usted disminuía la ingesta de alimento?

CUADRO N° 8

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	46	45%
A veces	37	36%
Nunca	19	19%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 8



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", ¿Cuándo consumía alcohol usted disminuía la ingesta de alimento? Respondieron: siempre 46 encuestados, lo que corresponde a un 45%; a veces 37, que respondieron al 36%; nunca respondieron 19, lo que corresponde al 19% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Gil (2010), Tratado de Nutrición Tomo II cita lo siguiente:

Los individuos alcohólicos obtienen del etanol gran parte de sus requisitos nutricionales, ya que estos enfermos suelen reducir la ingestión de los alimentos necesarios para su normal desarrollo” cuando parte de la dieta se sustituye isocalóricamente por etanol, si la sustitución es gradual y pequeña, el peso corporal del individuo se mantiene, pero cuando alcanza un determinado nivel (aproximadamente el 50% de la energía total), el peso corporal empieza a descender ²⁷. (p.308)

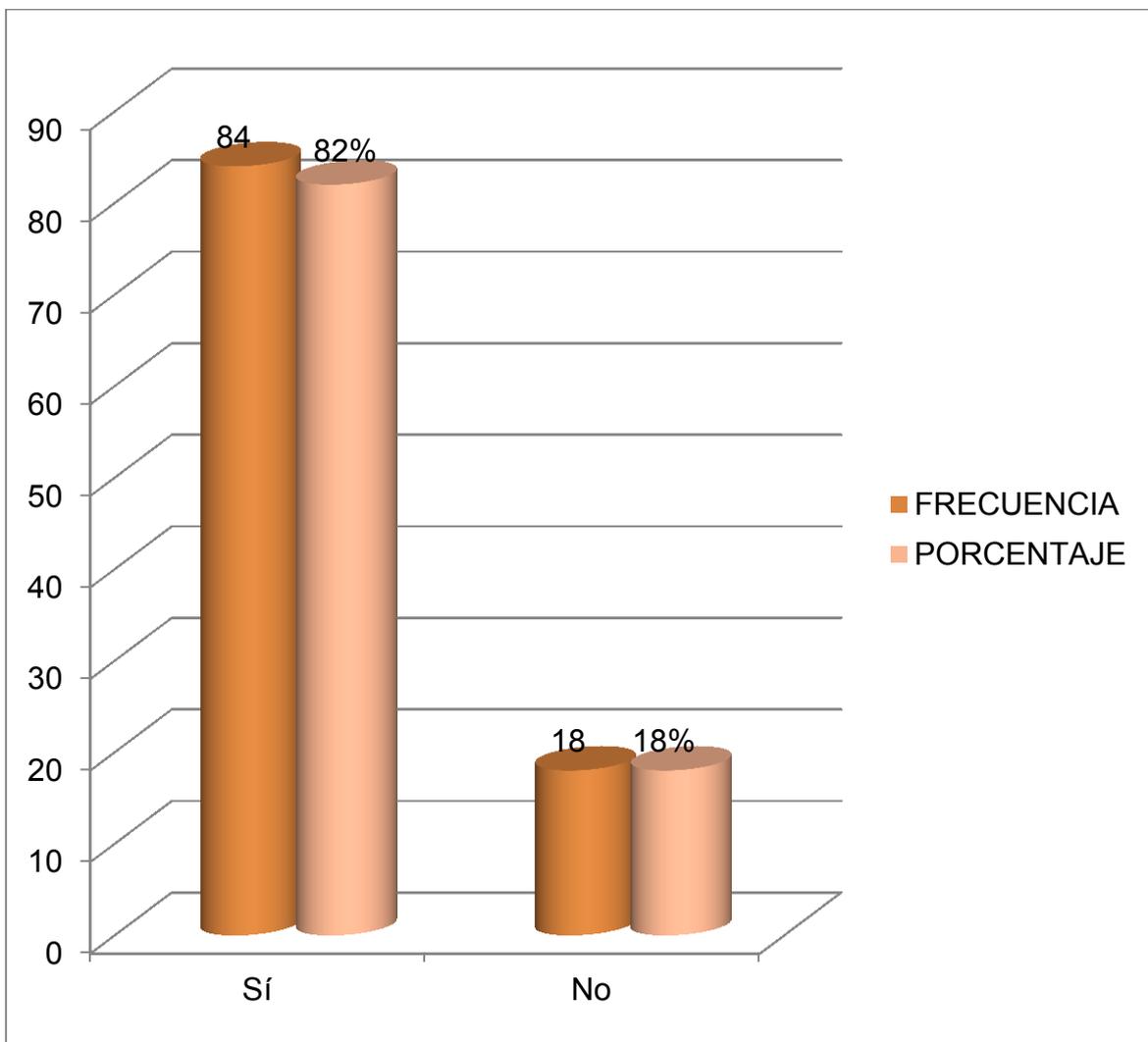
De acuerdo con los resultados obtenidos, un porcentaje de los alcohólicos encuestados cuando consumían alcohol disminuían su alimentación porque perdían el apetito debido que el etanol deprime el deseo de comer y es sustituido por el deseo del alcohol.

PREGUNTA 9. ¿Perdió peso cuando bebía alcohol?

CUADRO N° 9

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	84	82%
No	18	18%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°9



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿Perdió peso cuando bebía alcohol? Respondieron: sí 84 encuestados, lo que corresponde a un 82%; no 18, que respondieron al 18% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Gil (2010), Tratado de Nutrición Tomo II cita lo siguiente:

“El alcohol tiene un contenido energético de 7/kcal/g valor intermedio entre el de los lípidos y el de los hidratos de carbono y el de las proteínas”¹¹ (p.304).

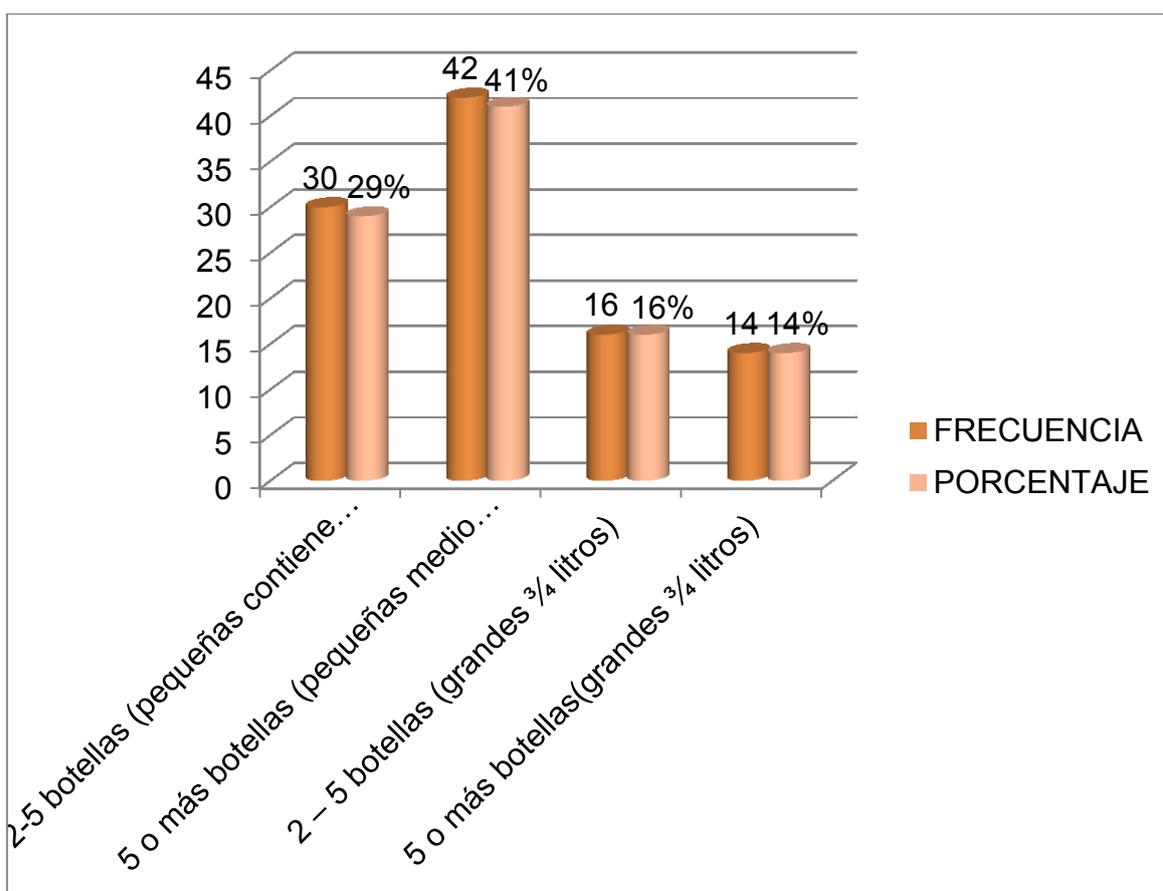
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados en su etapa de alcohólico perdieron peso por su adicción al alcohol, ya que la dependencia sustituye la alimentación.

PREGUNTA # 10. ¿Cuántas botellas de licor usted consumía diario?

CUADRO N° 10

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2-5 botellas (pequeñas contiene medio litros)	30	29%
5 o más botellas (pequeñas medio litros)	42	41%
2 – 5 botellas (grandes $\frac{3}{4}$ litros)	16	16%
5 o más botellas (grandes $\frac{3}{4}$ litros)	14	14%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 10



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", ¿Cuántas botellas de licor usted consumía diario? Respondieron: 2- 5 botellas (pequeñas contiene medio litro) 30 encuestados, lo que corresponde a un 29%; 5 o más botellas (pequeñas medio litro) 42, que respondieron al 41%; 2-5 botellas (grandes $\frac{3}{4}$ litros) 16, que respondieron al 16%; 5 o más botellas (grandes $\frac{3}{4}$ litros) del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado Gil (2010), Tratado de Nutrición Tomo II cita lo siguiente:

Es importante saber que para evaluar un bebedor de riesgo hay que tener en cuenta que una persona adulta es capaz de metabolizar aproximadamente de 5 a 6 g de alcohol por hora o hasta 160 g de alcohol por día, ya que la capacidad oxidativa del hígado de un alcohólico sano es de 0,7 g/kg de peso/día, lo que se presumiría 50 gramos de alcohol etílico por día en el varón esa es la capacidad de un bebedor normal. Por ello, la alcoholemia puede resultar afectada por algunos factores como los siguientes: El contenido gástrico (la ingestión previa o simultánea de alimento sólido limita su absorción, y las grasas lenta digestión incrementan la retención de alcohol durante el proceso digestivo. La bebida ingerida (concentraciones del alcohol comprendida entre el 20 y 30 % producen las mayores absorciones).⁷ (pp.304-305)

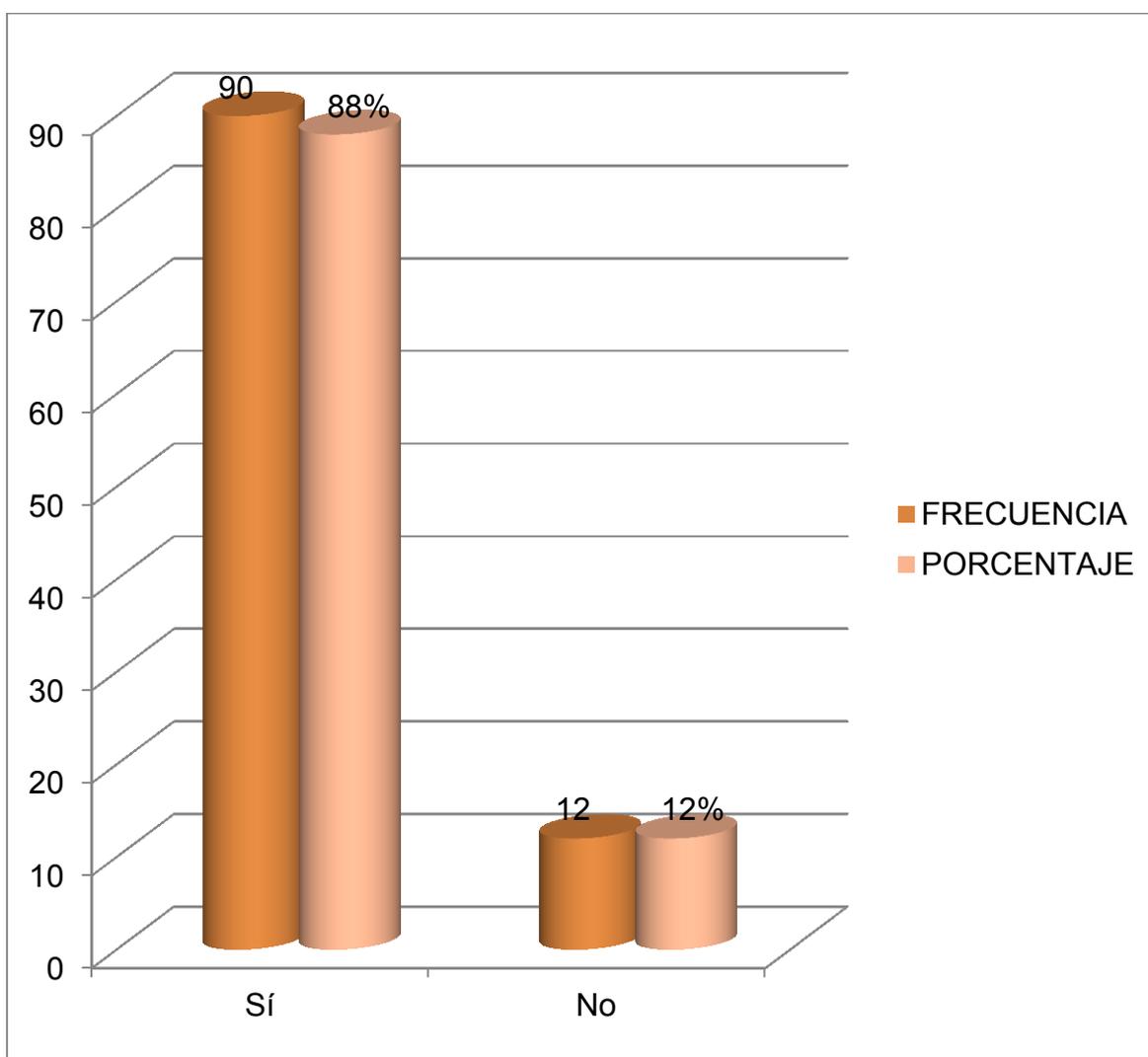
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados ingieren de cinco o más botellas ya que a medida que consumen licor cada día necesitan mayor cantidad de alcohol para logra el efecto deseado, debido a que el nivel de dependencia va en aumento.

PREGUNTA 11. ¿Se considera usted un alcohólico?

CUADRO N° 11

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	90	88%
No	12	12%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 11



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿Se considera usted un alcohólico? Respondieron: sí, 90 encuestados, lo que corresponde a un 88%; no, 12 que respondieron al 12% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado Vélez, Rojas, Borrero & Restrepo (2004), Fundamentos de medicina Psiquiátrica citan lo siguiente:

La disponibilidad del alcohol en el medio ambiente se clasifica en cuatro formas culturales que son: cultura abstinentes prohíbe el alcohol, cultura ambivalente existe una situación de conflicto hacia el alcohol, cultura moderada acepta al consumo de alcohol en ciertas circunstancias ceremonias pero rechazan la embriaguez o exceso y cultura incondicional no toleran el consumo normal en exceso y la embriaguez. (pp. 88-91)

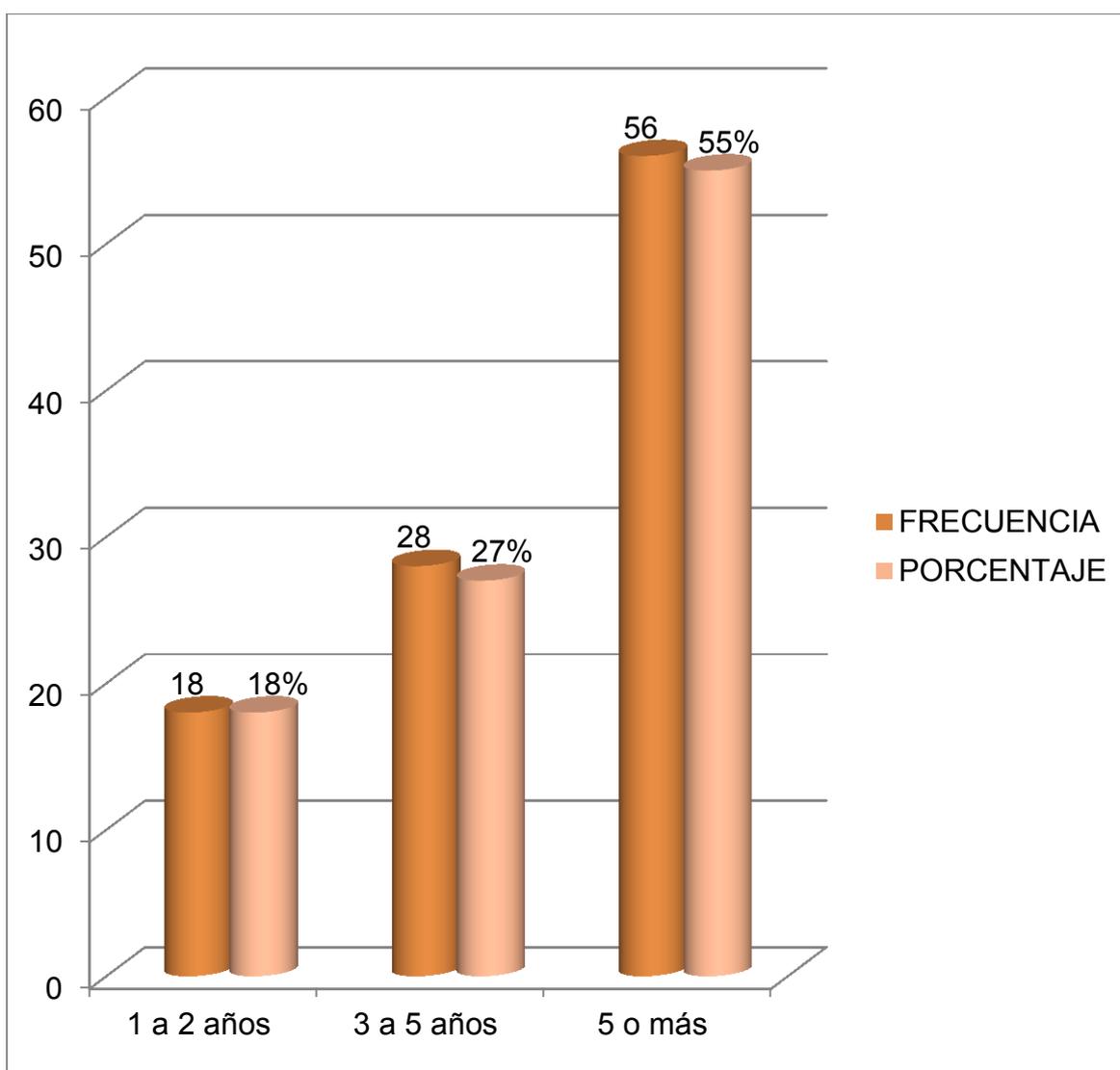
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los encuestados se consideran alcohólicos porque desde el primer momento que consumieron alcohol no lograron contener su dependencia, y cada día se les hizo más imposible, lograr alejarse de ella.

PREGUNTA 12. ¿Cuánto tiempo llevaba usted consumiendo alcohol?

CUADRO N° 12

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 años	18	18%
3 a 5 años	28	27%
5 o más	56	55%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 12



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿Cuánto tiempo llevaba usted consumiendo alcohol? Respondieron: 1-2 años 18 encuestados, lo que corresponde a un 18%; 3-5 años 28, que respondieron al 27%; 5 o más años 56, lo que corresponde al 55% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Fernández, Quesada, Cerro & Hernández (2009), citan lo siguiente:

“Sin embargo, hay muchas personas que por razones genéticas, culturales, ambientales, etc., que se analizan en la Sección I, pierden su capacidad de controlar el consumo de alcohol y desarrollan una dependencia” (p.386).

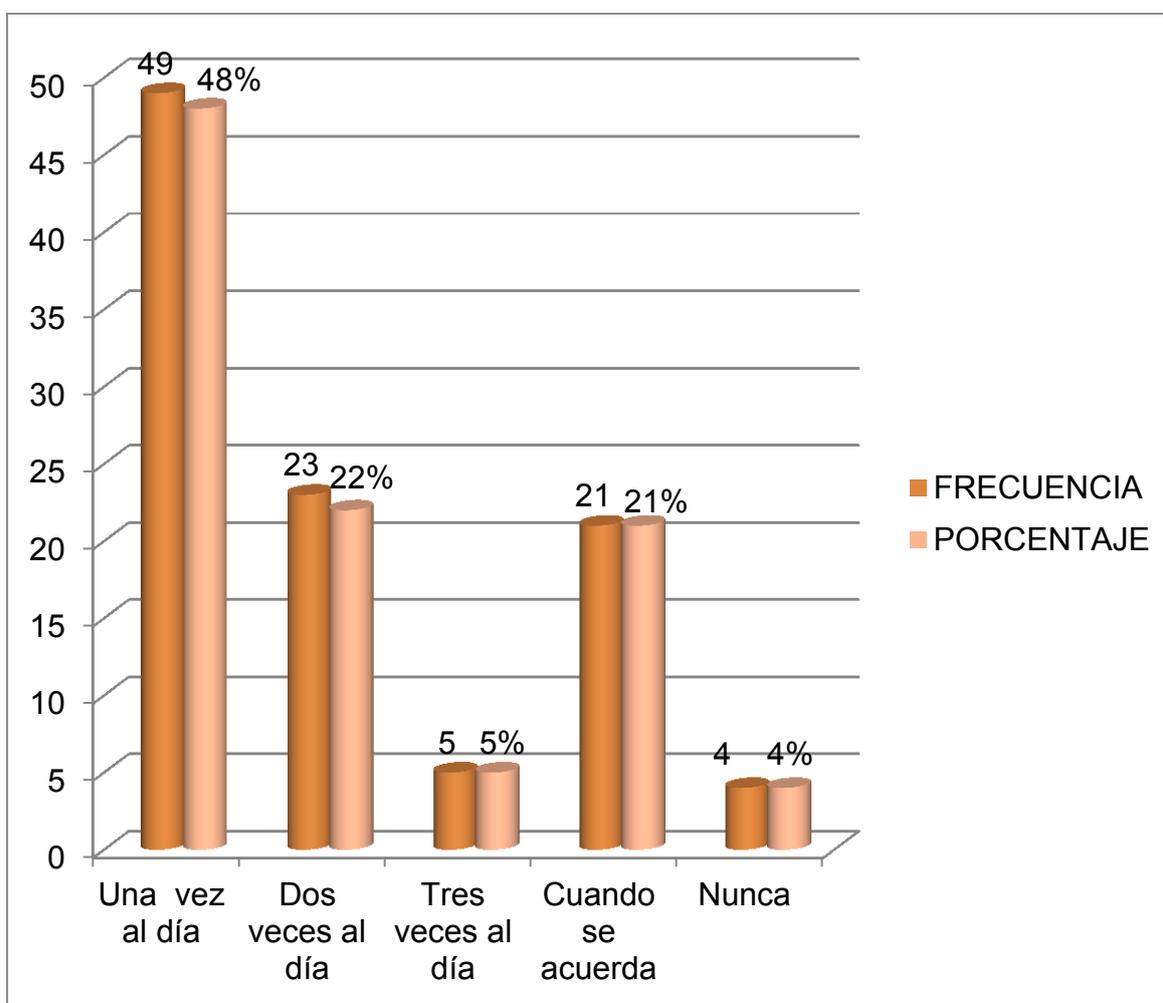
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados llevan consumiendo cinco o más años y están dentro del círculo como bebedor alcohólico, y por lo tanto aumentan las consecuencias de este en su organismo

PREGUNTA 13. ¿Cuántas veces usted se cepilla sus dientes al día?

CUADRO N° 13

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Una vez al día	49	48%
Dos veces al día	23	22%
Tres veces al día	5	5%
Cuando se acuerda	21	21%
Nunca	4	4%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 13



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", ¿Cuántas veces usted se cepillaba sus dientes al día? Respondieron: una vez al día 49 encuestados, lo que corresponde a un 48%; dos veces al día 23, que respondieron al 22%; tres veces al día 5, lo que corresponde al 5%; cuando se acuerda 21, lo que corresponde al 21%; nunca 4, lo que corresponde al 4% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado Gutiérrez & Iglesias (2009), Técnicas de ayuda odontológica-estomatológica citan lo siguiente:

Asumiendo que es más importante la minuciosidad en el cepillado que en la técnica empleada, no suele ser conveniente cambiar esta última a no ser que sea estrictamente necesario. Cualquier método es bueno si se consigue eliminar la placa bacteriana y no causar lesiones.⁶³ (p.208)

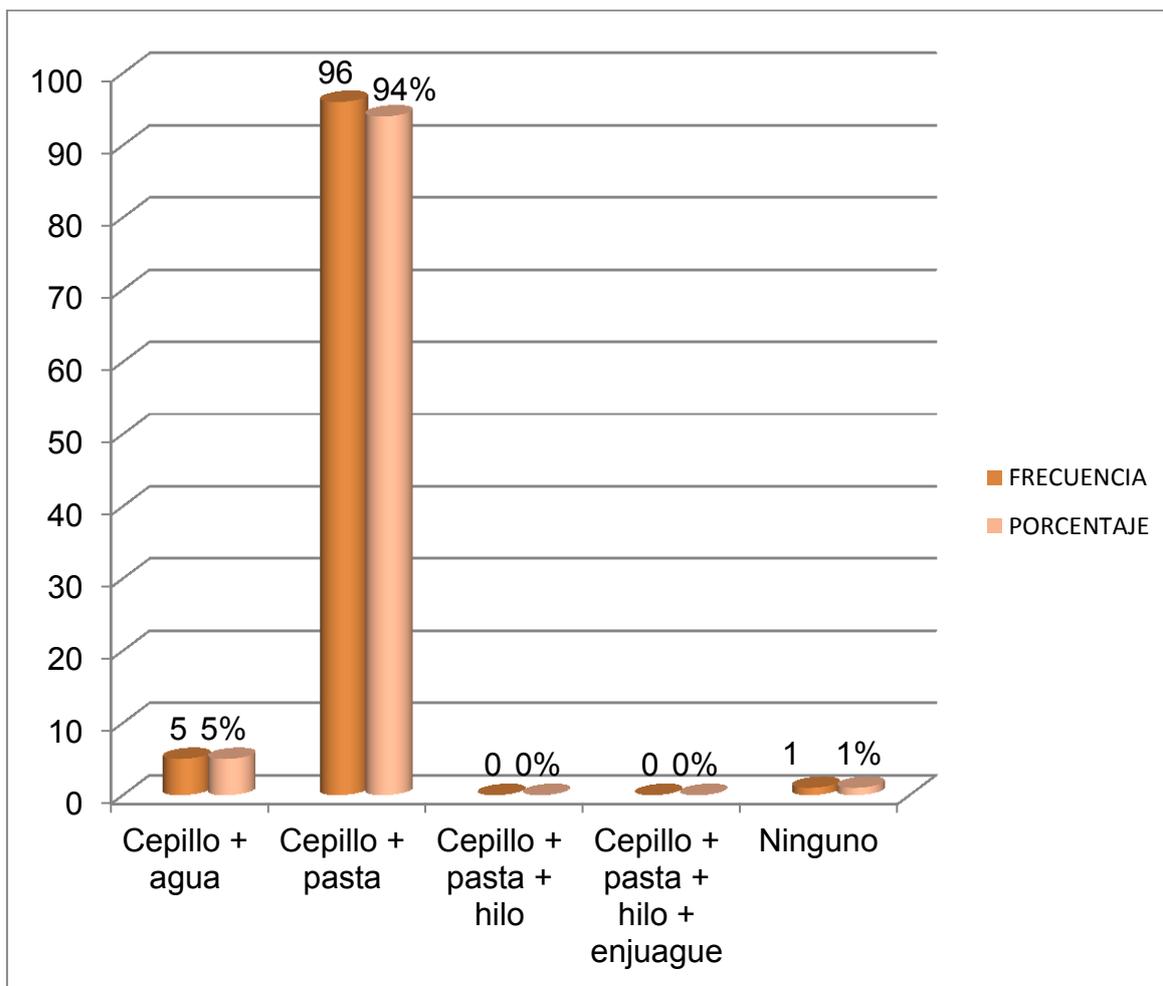
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados solo se cepillaban una vez al día por lo cual la higiene dental de estos internos es deficiente.

PREGUNTA 14. ¿Utilizaba usted en su cepillado diario?

CUADRO N° 14

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cepillo + agua	5	5%
Cepillo + pasta	96	94%
Cepillo + pasta + hilo	0	0%
Cepillo + pasta + hilo + enjuague	0	0%
Ninguno	1	1%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 14



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", ¿Utilizaba usted en su cepillado diario? Respondieron: cepillo + agua 5 encuestados, lo que corresponde a un 5%; cepillo + pasta 96, que respondieron al 94%; cepillo + pasta + hilo o, lo que corresponde al 0%; cepillo + pasta + hilo + enjuague o, lo que corresponde al 0%; no utilizaba nada 1, lo que corresponde al 1% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado Gutiérrez & Iglesias (2009), Técnicas de ayuda odontológica-estomatológica citan lo siguiente:

Son numerosas las técnicas de cepillado, sin que ninguna de ellas necesariamente más eficaz que las demás, ya que depende de la destreza y minuciosidad de cada persona. La técnica del restregado que se realiza con movimientos horizontales del cepillo dental a lo largo de las caras dentarias, no es conveniente modificar esta técnica si se obtienen buenos resultados. Es adecuado cepillarse tras cada una de las comidas y antes de acostarse, ayuda mucho en la higiene oral la utilización de seda dental una vez al día. (p.208)

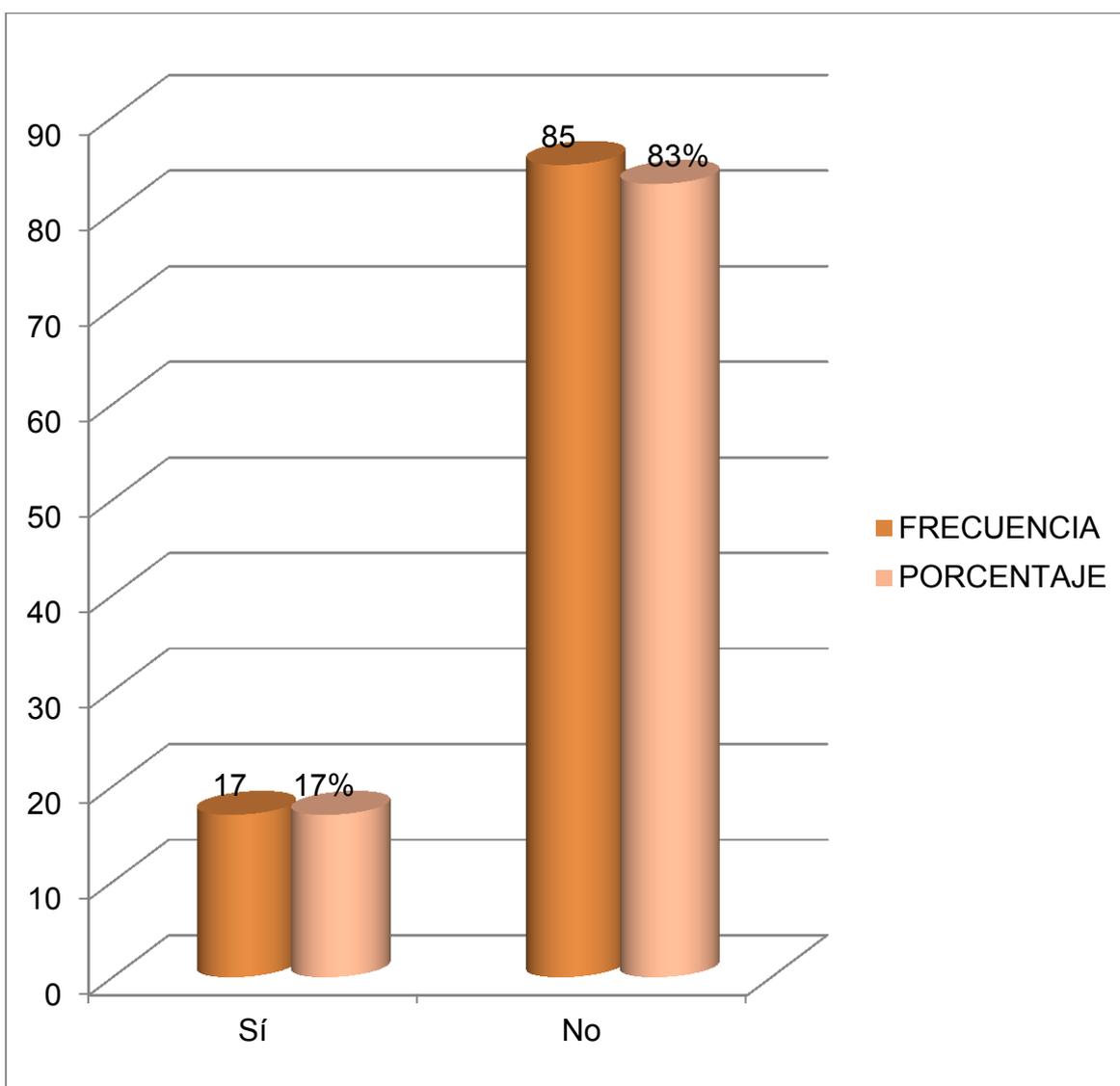
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados no tienen conocimiento de las correctas técnicas del cepillo, pero si sabían que lo más fundamental en su aseo personal es la pasta.

PREGUNTA 15. ¿Ha recibido charlas de higiene oral?

CUADRO N° 15

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	17	17%
No	85	83%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 15



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿Ha recibido charlas de higiene oral? Respondieron: sí, 17 encuestados, lo que corresponde a un 17%; no, 85 que respondieron al 83% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Carranza (2010), cita lo siguiente:

Cuando se recomienda un cepillo en particular, es importante considerar la facilidad de uso para el paciente, de la percepción de que el cepillo trabaja bien. Los cepillos eléctricos no requieren técnicas especiales, ya que el paciente debe concentrarse en colocar la cabeza del cepillo junto a los dientes o al margen gingival y es recomendable cambiarlo cada 3 meses porque sus cerdas son más finas y se desgastan más rápido, en cambio los cepillos interdentes proporcionan acceso a las áreas de furcación o áreas aisladas de recesión profunda y funciona sobre las superficies linguales de los molares y premolares inferiores y el límite de duración de estos cepillos son de 6 a 9 meses y son más recomendable para usar y más fácil para usarlo en la boca por sus fáciles maniobras. (p.733)

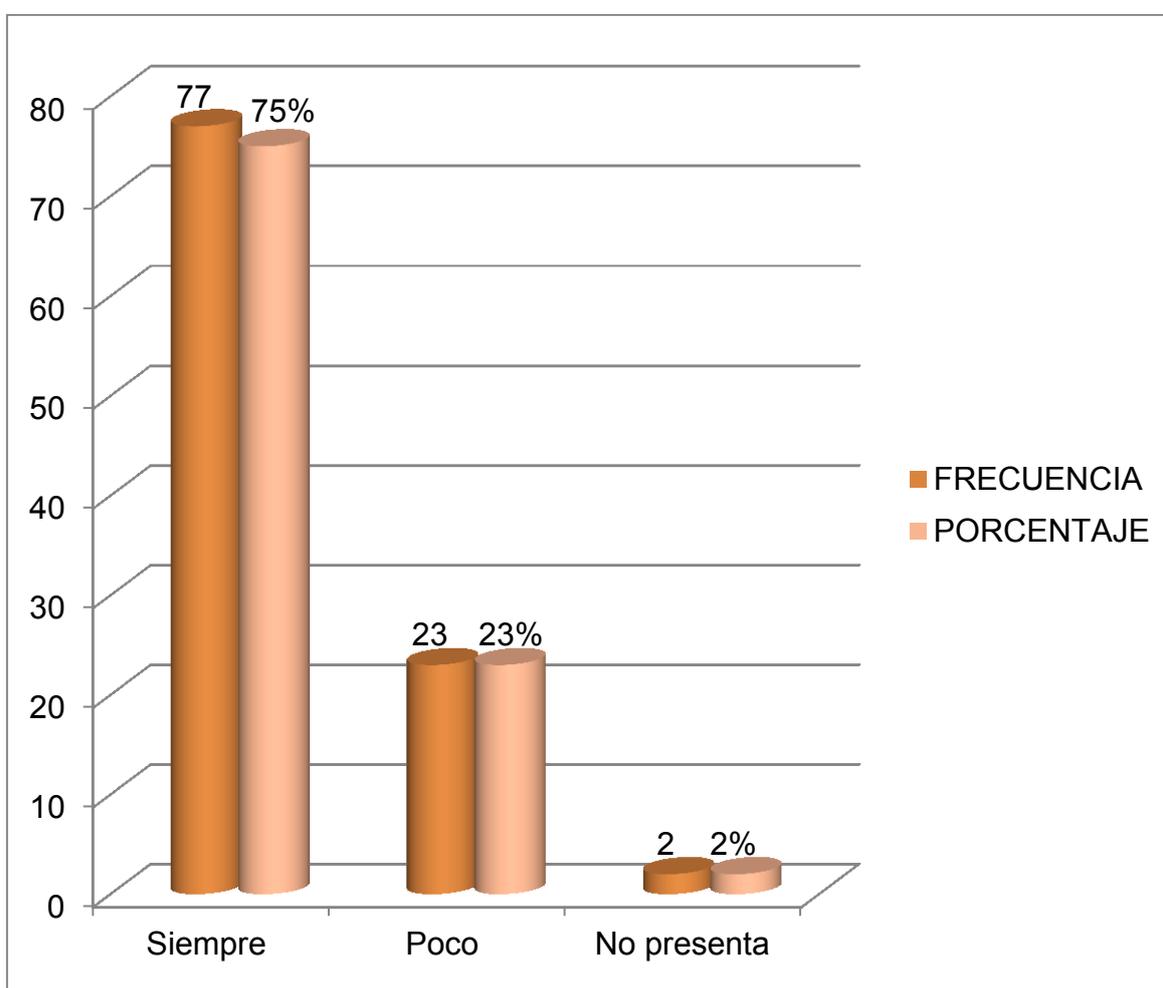
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados estas personas nunca en su vida habían recibido charlas de higiene oral, ya que si las hubieran recibido se hubieran evitado problemas bucales y mejorar su higiene.

PREGUNTA 16. ¿Su encía sangra al momento de cepillarse los dientes?

CUADRO N° 16

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	77	75%
Poco	23	23%
No presenta	2	2%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 16



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", ¿Su encía sangra al momento de cepillarte los dientes? Respondieron: siempre 57 encuestados, lo que corresponde a un 56%; alguna vez 12, que respondieron al 12%; poco 11, lo que corresponde al 11%; mucho 20, lo que corresponde al 19%; no presentaba 2, lo que corresponde al 2% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Enrille & Fuenmayor (2009), citan lo siguiente:

Clásicamente la gingivitis se refiere a la respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales (placa dental). Definir la gingivitis no ha sido tarea fácil, pero en los últimos años hay una aceptación, cada vez mayor, de que el término <<gingivitis>> no representa una única enfermedad, pero sí un amplio espectro de enfermedades que son el resultado final de diferentes procesos⁶⁶. (p.10)

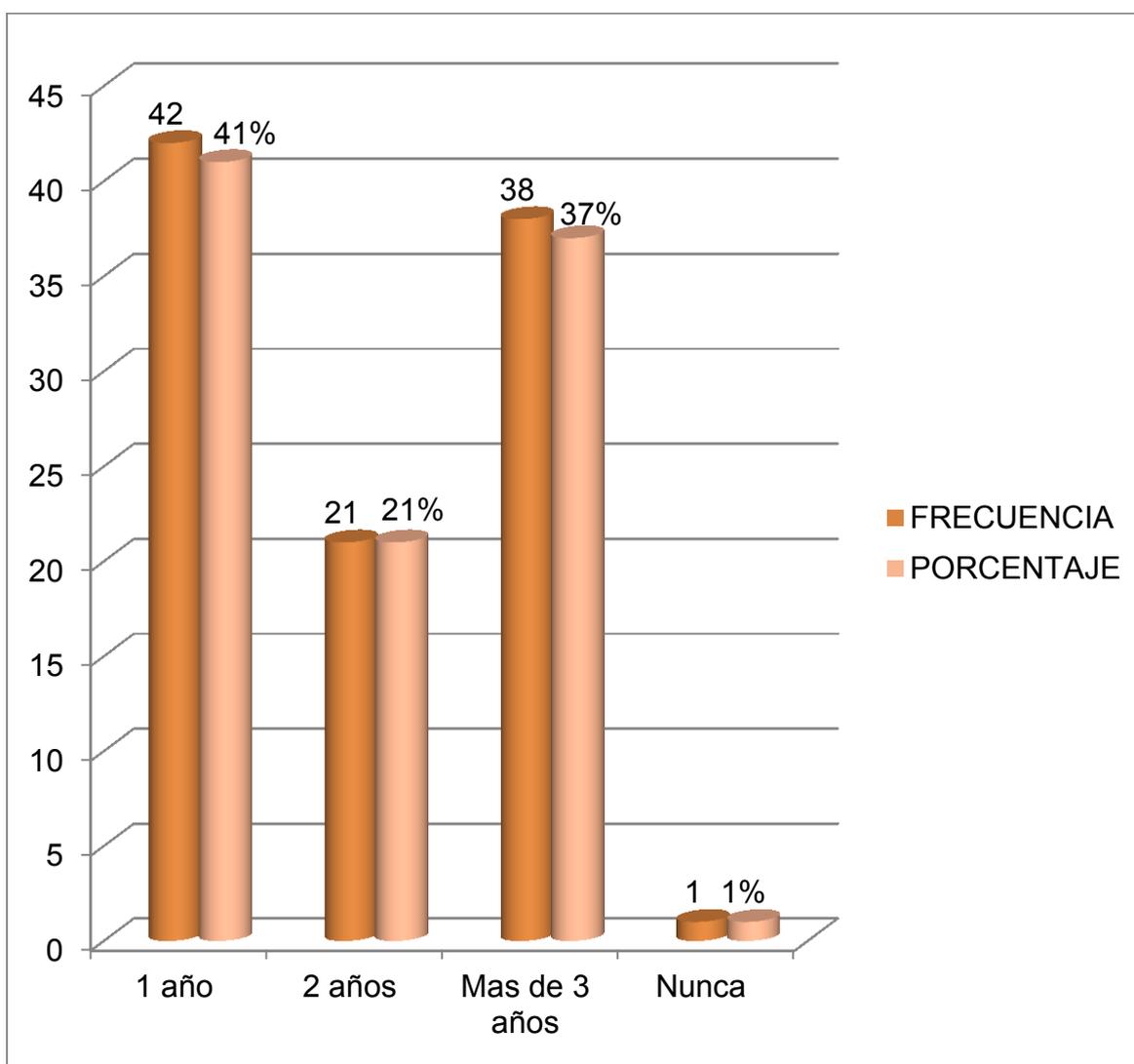
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados siempre les sangran las encías y mucho se cepillan los dientes, esto se da por el acúmulo de placa bacteriana debido a una deficiente higiene bucal, lo que a la larga ocasiona inflamación de las encías.

PREGUNTA 17. ¿Cuántas veces al año cambia los cepillos dentales?

CUADRO N° 17

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 año	42	41%
2 años	21	21%
Más de 3 años	38	37%
Nunca	1	1%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 17



FUENTE: Encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 encuestas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, ¿Cuántas veces al año cambia los cepillos dentales? Respondieron: 1 año 42 encuestados, lo que corresponde a un 41%; 2 años 21, que respondieron al 21%; más de 3 años 38, lo que corresponde al 37%; nunca 1, lo que corresponde al 1% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Carranza (2010), cita lo siguiente:

Cuando se recomienda un cepillo en particular, es importante considerar la facilidad de uso para el paciente, de la percepción de que el cepillo trabaja bien. Los cepillos eléctricos no requieren técnicas especiales, ya que el paciente debe concentrarse en colocar la cabeza del cepillo junto a los dientes o al margen gingival y es recomendable cambiarlo cada 3 meses porque sus cerdas son más finas y se desgastan más rápido, en cambio los cepillos interdentes proporcionan acceso a las áreas de furcación o áreas aisladas de recesión profunda y funciona sobre las superficies linguales de los molares y premolares inferiores y el límite de duración de estos cepillos son de 6 a 9 meses y son más recomendable para usar y más fácil para usarlo en la boca por sus fácil maniobras. (p.733)

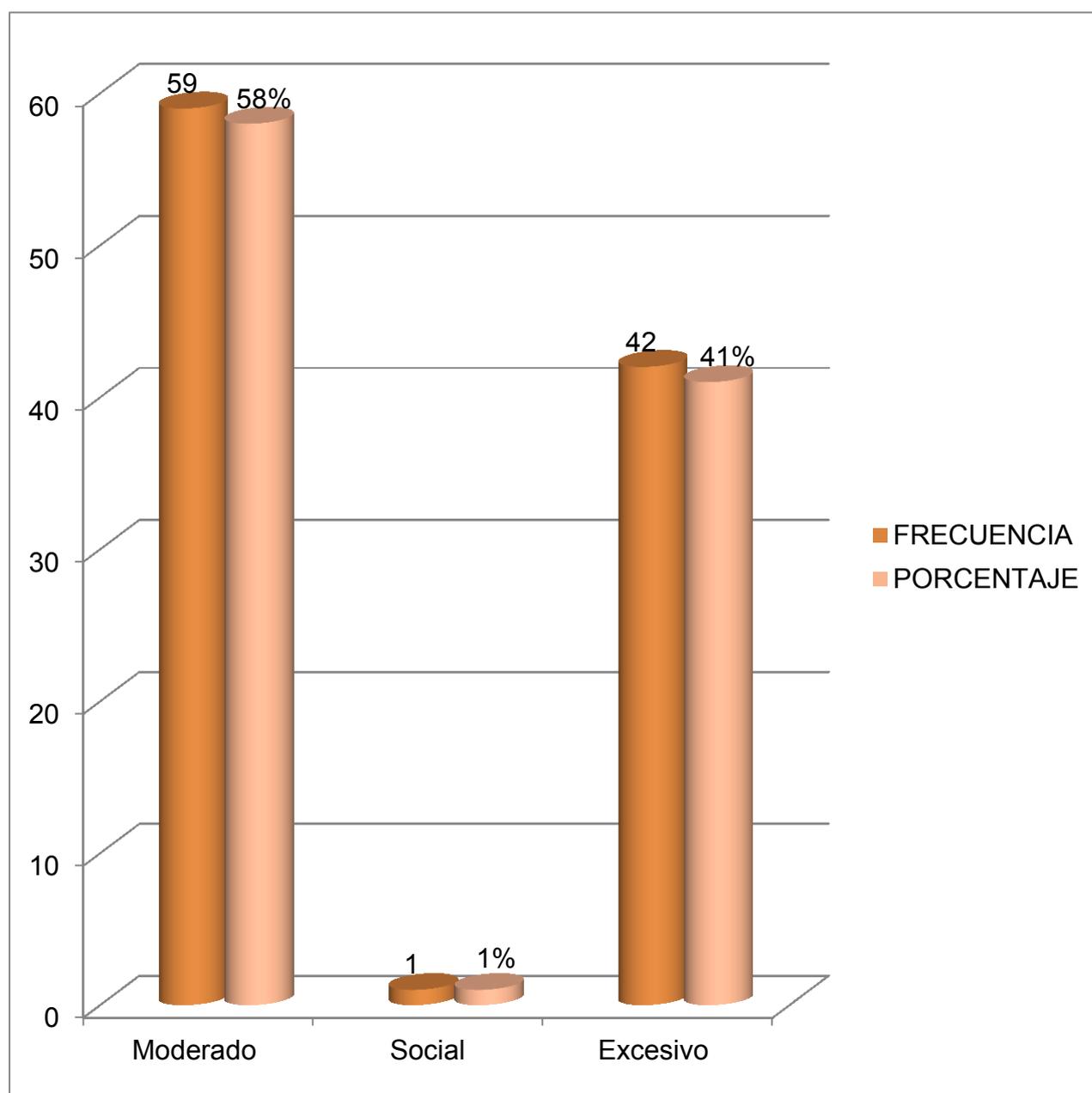
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos encuestados solo cambian de cepillo cada dos o más de tres años, es porque no tienen las condiciones necesarias y nada de conocimiento si está correcto o no de lo que están haciendo.

Tipo de alcoholismo

CUADRO N°18

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alcohólico moderado	59	58%
Alcohólico social	1	1%
Alcohólico excesivo	42	41%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 18



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 Fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", se encontraron: moderado, 59 investigados, que corresponde a un 58%; social, 1 investigados, que corresponde al 1%; excesivo, 42 investigados, que corresponde al 41% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Baigorri & Ramón (2004), citan lo siguiente:

Esto significa que, un litro de vino de 10 grados tiene 80 gr. de alcohol, mientras que un litro de bebida alcohólica de 45° (whisky, ginebra, ron...) tiene 360. La OMS recomienda que los varones no consuman más de 30 gramos de alcohol al día y las mujeres no más de 24 gr. /día, es decir la cantidad de alcohol de 375 y 300 cl de vino de 10 grados, cantidad que consume el bebedor ocasional según la tipología de Elzo³⁰. (p.143)

De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de estos alcohólicos es que en este centro de rehabilitación hay pacientes moderados y excesivo porque han pasado procesos muy largos para enfrentar ese vicio que en la actualidad es el alcohol.

1.1.2. Análisis e interpretación de los resultados obtenidos de la ficha clínica.

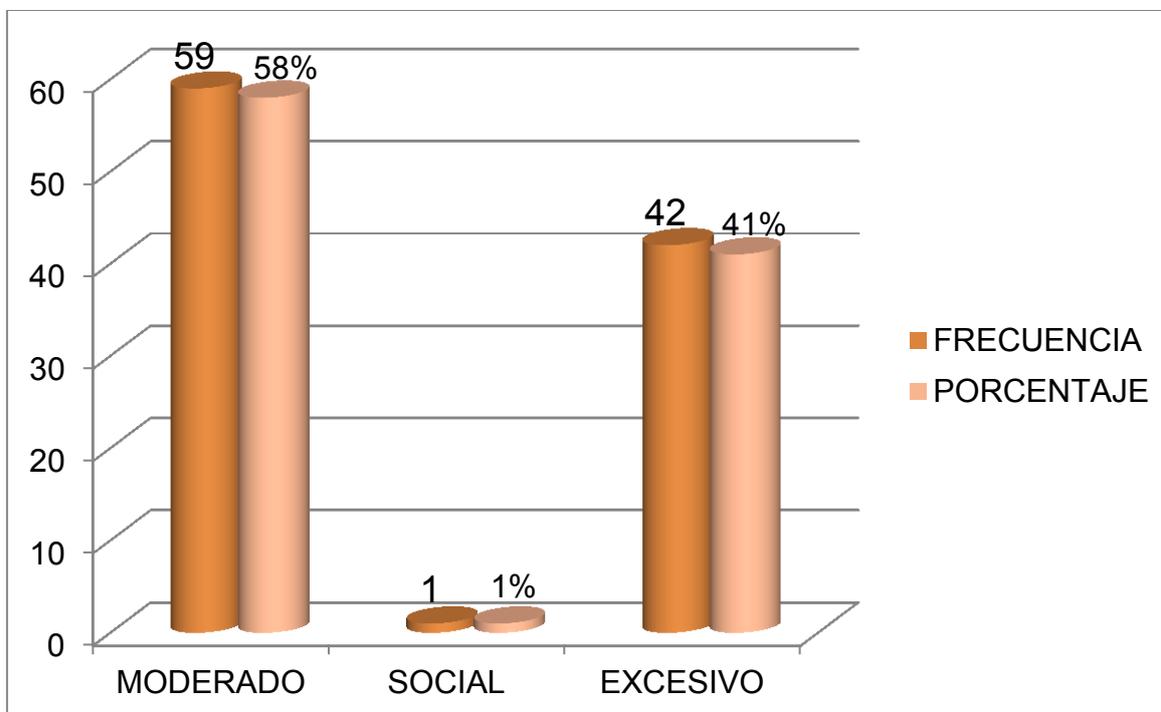
Hallazgos clínicos de la enfermedad periodontal

Sangrado espontáneo

CUADRO N° 1

OPCIONES	FRECUENCIA			PORCENTAJE
	SÍ	NO		
Alcohólico moderado	19	40	59	58%
Alcohólico social	0	1	1	1%
Alcohólico excesivo	20	22	42	41%
TOTAL	39	63	102	100%

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a los hallazgos clínicos se observó que 59 investigados lo que corresponde a un 58% son pacientes moderados; que 1 investigado, corresponde al 1% y son pacientes sociales; pero un 42, que corresponde a un 41% son pacientes excesivo del total de los investigados.

El libro publicado Wolf &Hassel (2009), citan lo siguiente:

"Enrojecimiento severo, tumefacción edematosa e hiperplásica; completa ausencia de puntillado; ulceración interdental, copioso sangrado ante el sondaje y hemorragia espontánea"⁷¹ (p.93).

Según los resultados obtenidos, un gran porcentaje de los investigados no presentaban un sangrado espontáneo debido al consumo excesivo de alcohol.

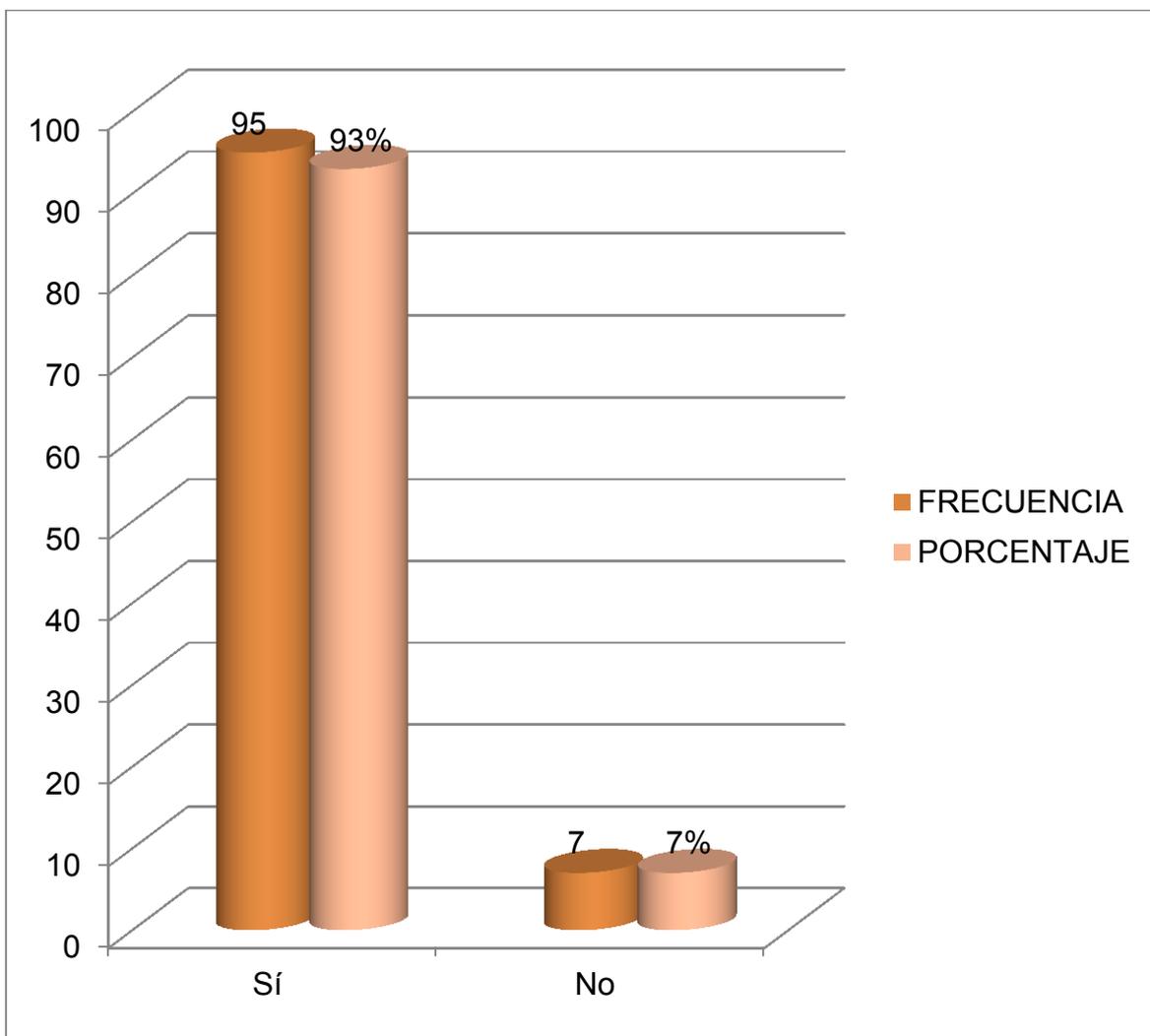
Hallazgos clínicos de la enfermedad periodontal

Sangrado al sondaje

CUADRO N° 2

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	95	93%
No	7	7%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°2



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a los hallazgos clínicos se observó que 95 investigados lo que corresponde a un 93% presentan sangrado al sondaje; 7 investigados, lo que corresponde al 7% no presentan sangrado al sondaje del total de los investigados.

El libro publicado por Palma & Sánchez (2007), citan lo siguiente:

Al pasar la sonda periodontal por el margen gingival se puede observar si existe o no sangrado al sondaje. Ya que en un tejido saludable no hay presencia de signos positivos o inflamación periodontal, la presencia se observara través de índices de hemorragias igual que al índice de higiene utilizado en cuatro superficies: mesial, distal, vestibular, lingual, y se registrará el porcentaje del número de superficie con hemorragia. (p.243)

De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados presentaban sangrado en el momento que se realizaba los sondajes producido por el enrojecimiento e inflamación de las encías.

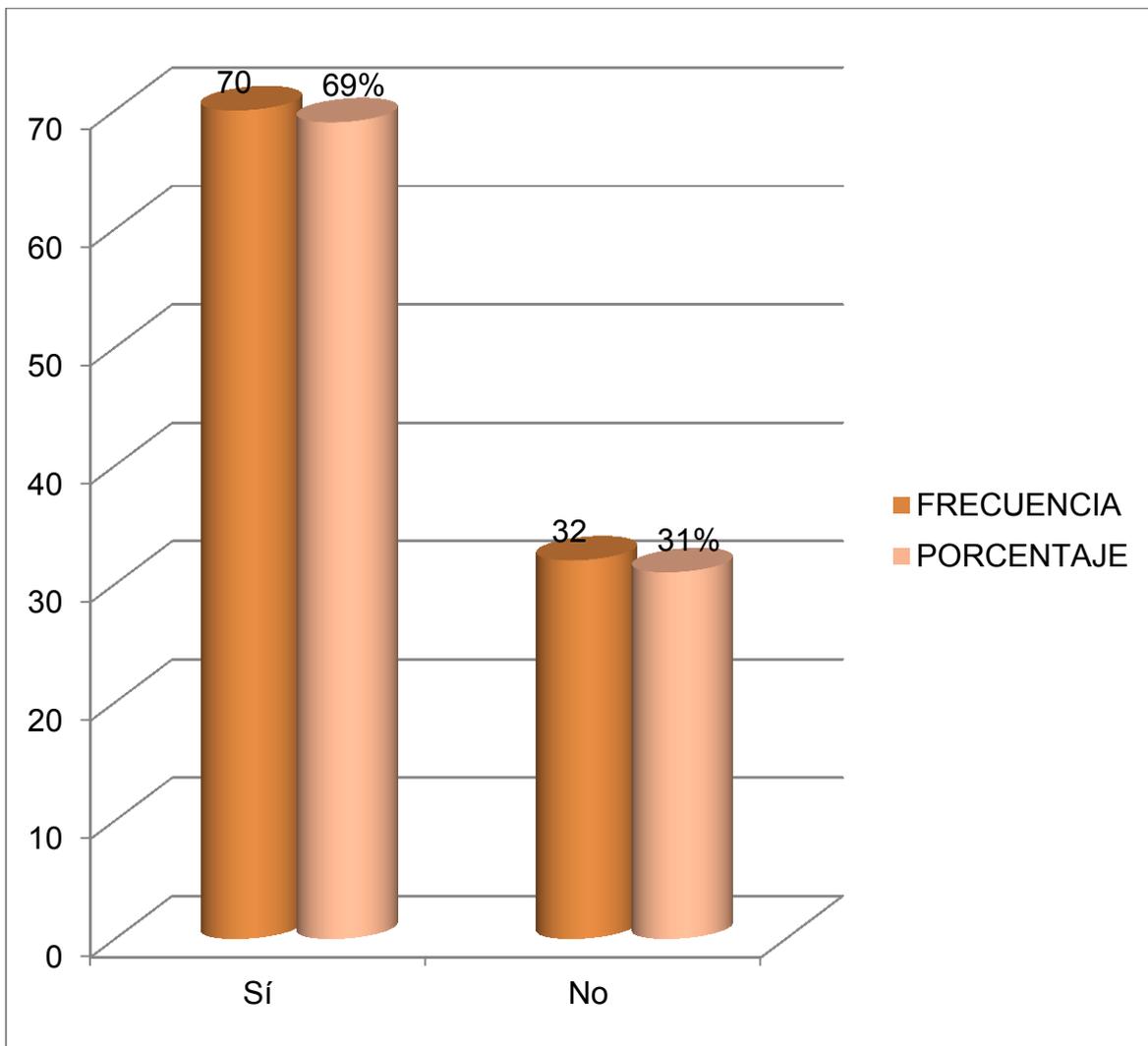
Hallazgos clínicos de la enfermedad periodontal

Papila inflamada

CUADRO N° 3

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	70	69%
No	32	31%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°3



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a los hallazgos clínicos se observó que 70 investigados lo que corresponde a un 69% presentan las papilas inflamadas; 32 investigados, lo que corresponde al 31% no presentan las papilas inflamadas del total de los investigados.

El libro publicado por Carranza (2010), cita lo siguiente:

El espacio interproximal ideal debe albergar la papila gingival sin invadirla y también debe extender el contacto interproximal dental hacia la parte superior de la papila para no exceder el espacio existente para atrapar los alimentos o tener una apariencia no estética. Ya que los signos clínicos incluyen el agrandamiento de los contornos gingivales ocasionados por edemas, cambio de coloración rojo o rojo azulado, como también sangrado durante el sondeo y un incremento de exudado gingival. (p.738)

Según los resultados obtenidos, un gran porcentaje de los investigados estos alcohólicos si presentaban las papilas inflamadas por la acumulación de placa o sarro en los dientes.

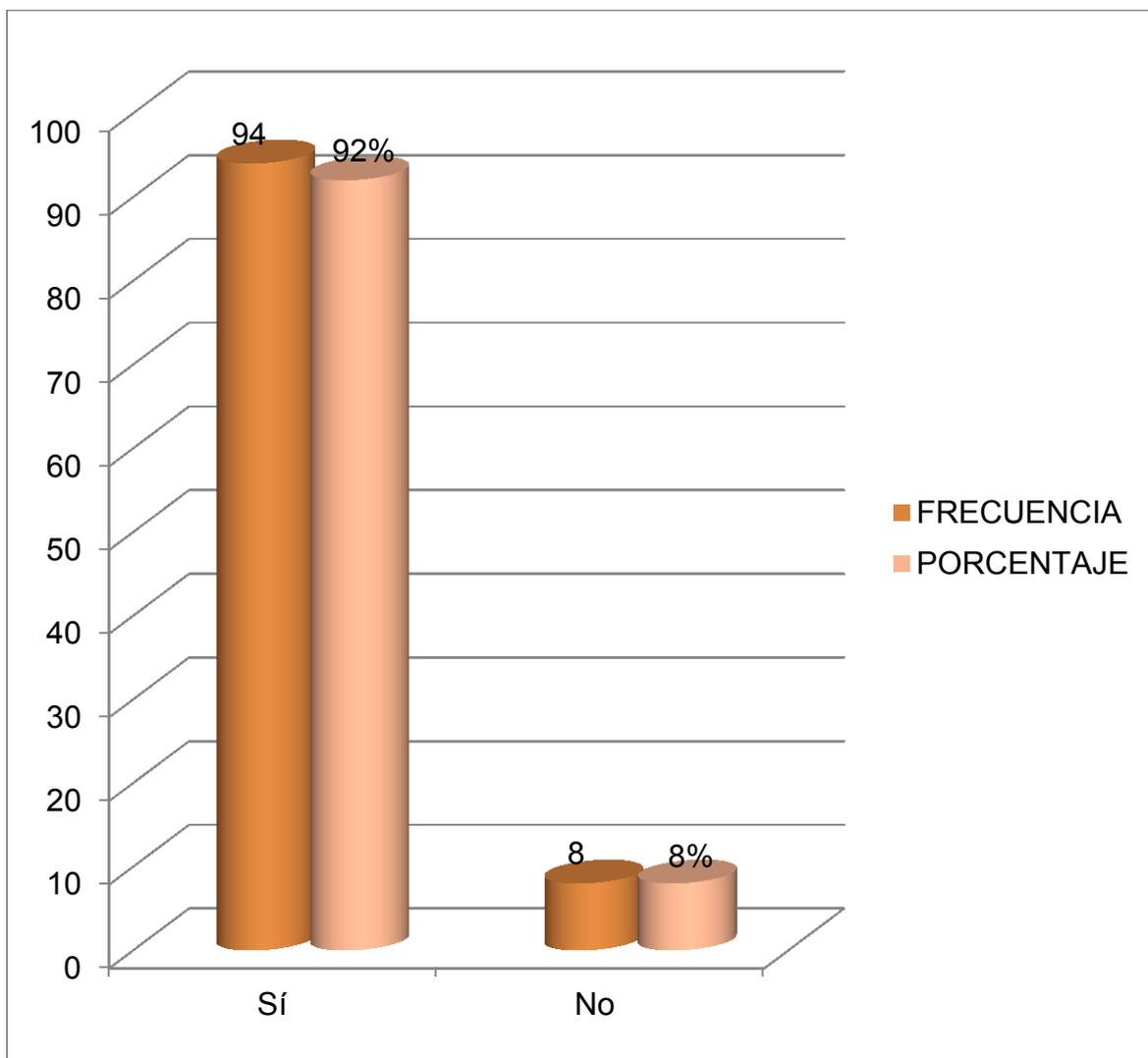
Hallazgos clínicos de la enfermedad periodontal

Recesión gingival

CUADRO N° 4

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	94	92%
No	8	8%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°4



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a los hallazgos clínicos se observó que 94 investigados lo que corresponde a un 92% presentan recesión gingival; 8 investigados, lo que corresponde al 8% no presentan recesión gingival del total de los investigados.

El libro publicado por Lindhe, Lang&Karring (2008), citan lo siguiente:

Es el deslizamiento del margen tisular en dirección apical respecto a la unión cementoadamantino con demostración de la superficie radicular, es una característica de un aseo oral deficiente. El traumatismo tisular provocado por el cepillado dental vigoroso se considera un factor casual del desarrollo de retracciones predominantes, en particular en individuos jóvenes. (p.959)

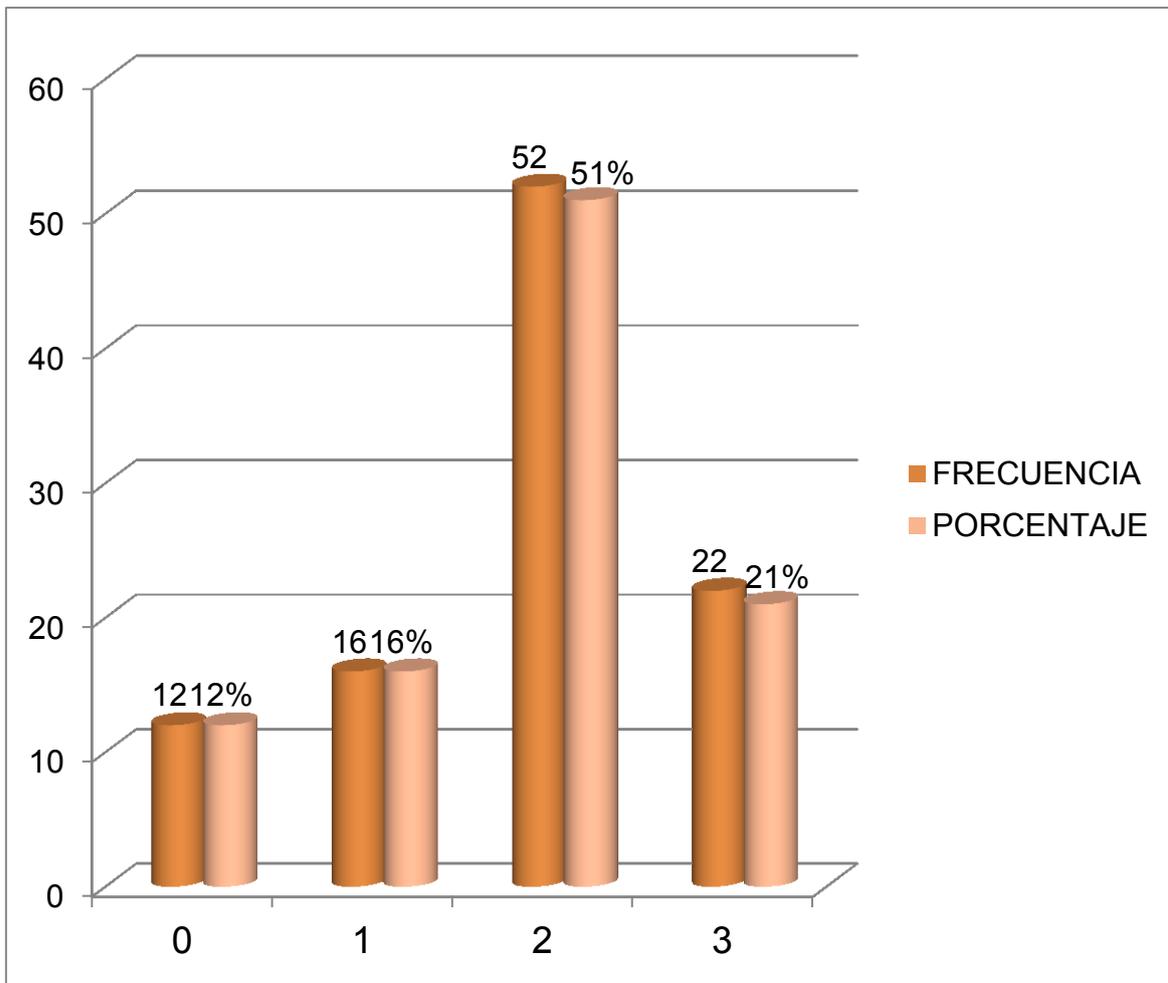
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados presentan una recesión gingival, esto se da por realizar un cepillado brusco, placa bacteriana, enfermedad periodontal.

Hallazgos clínicos de la enfermedad periodontal
Índice gingival

CUADRO N° 5

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	12	12%
1	16	16%
2	52	51%
3	22	21%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°5



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a los hallazgos clínicos se observó que el índice gingival hay 12 investigados lo que corresponde a un 12%; el índice gingival 1 se observó 52 investigados, lo que corresponde al 51%; el índice gingival 2 se observó 22, lo que corresponde al 21%; el índice gingival 3 se observó 16, lo que corresponde al 16% del total de los investigados.

Armas, Franco, Gil, Bello, González, Figuera & Cariaco, tomado de http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext:

De 0 sin cálculo, de 1 el cálculo supra gingival está cubriendo 1/3 o menos de la superficie, de 2 el cálculo está cubriendo 1/3 a 2/3 de la superficie, de 3 el cálculo está cubriendo más de 2/3 de la superficie⁹¹.

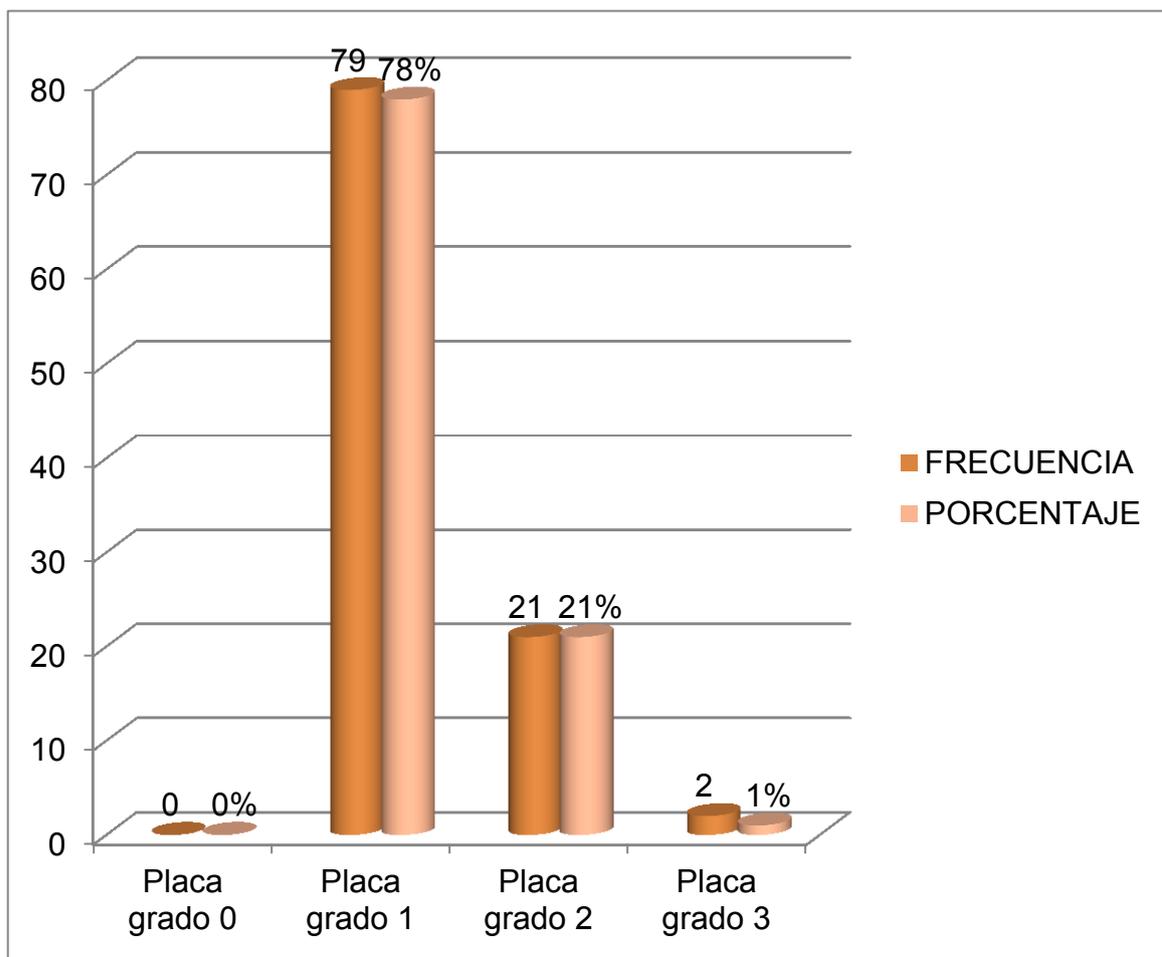
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados presentaban un índice gingival grado uno por la falta de un buen aseo bucal y por la acumulación de placa bacteriana en las caras del diente.

Placa bacteriana

CUADRO N° 6

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Placa grado 0	0	0%
Placa grado 1	79	78%
Placa grado 2	21	21%
Placa grado 3	2	1%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 6



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", la placa bacteriana presentan: placa grado 0: 0 investigados, lo que corresponde a un 0%; placa grado I: 79 investigados, que respondieron al 78%; placa grado II: respondieron 21, lo que corresponde al 21%; placa grado III: 2 investigados, lo que corresponde al 1% del total de los investigados.

Armas, Franco, Gil, Bello, Gonzales, Figuera & Cariaco, tomado de http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext:

Cuando es 0 sin materia. Cuando es 1 materia alba está cubriendo hasta un 1/3 de la superficie. Cuando es 2 materias alba está cubriendo de 1/3 de la superficie. Cuando es 3 materias alba está cubriendo más de 2/3 de la superficie⁵⁹.

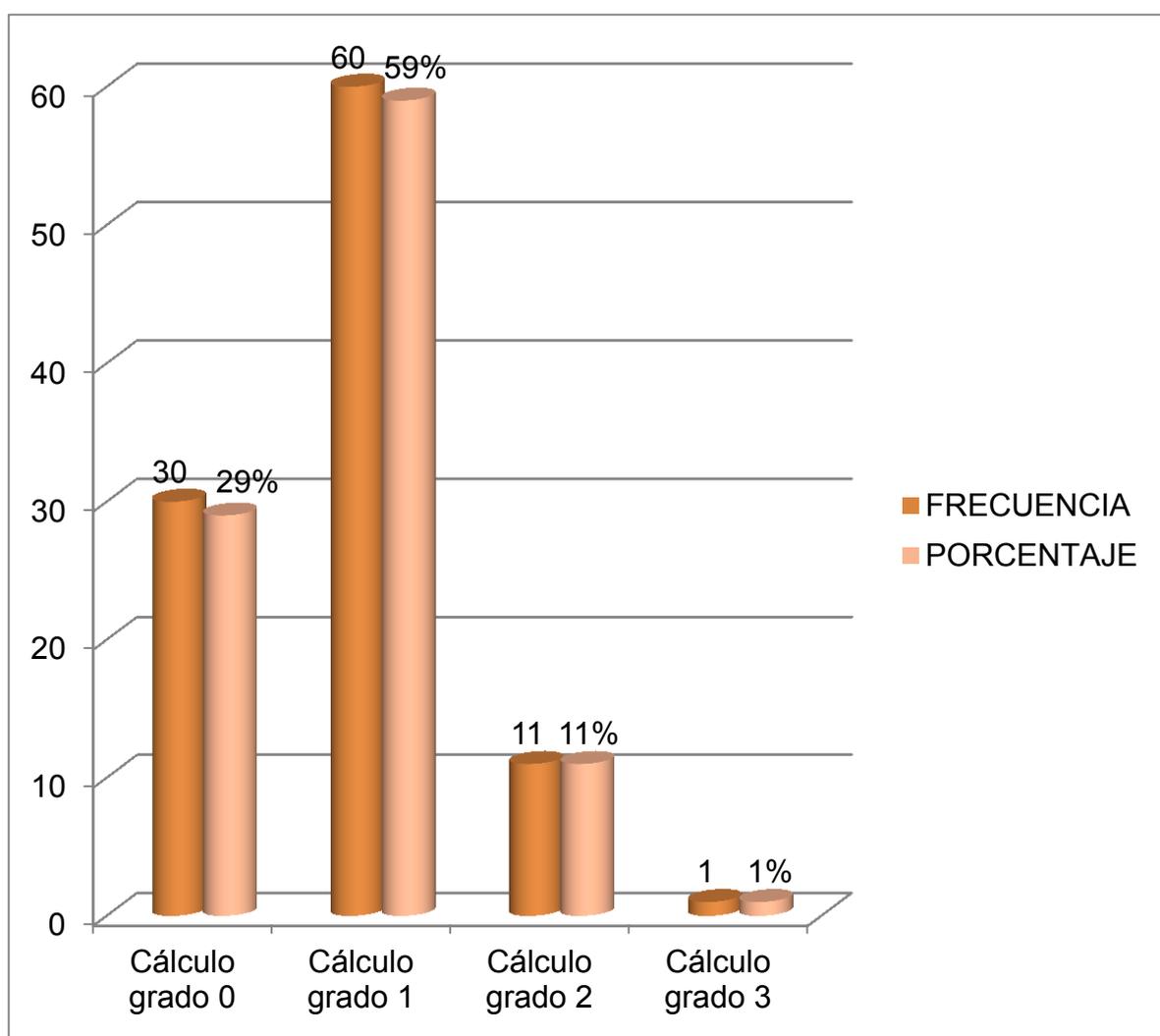
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados la mayoría presentan placa grado 1, 2, esta placa se puede tratar por medio de profilaxis y utilizando un correcto cepillado, la acumulación de la misma ocasiona inflamación de los tejidos gingivales y caries.

Cálculo dental

CUADRO N° 7

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cálculo grado 0	30	29%
Cálculo grado 1	60	59%
Cálculo grado 2	11	11%
Cálculo grado 3	1	1%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 7



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", el cálculo dental presentan: cálculo grado 0: 30 investigados, lo que corresponde a un 29%; cálculo grado I: 60 investigados, que respondieron al 59%; cálculo grado II: respondieron 11 investigados, lo que corresponde al 11%; cálculo grado III: 1 investigado, lo que corresponde al 1% del total de los investigados.

El libro publicado por Carranza (2005), citan lo siguiente:

El cálculo consta de una placa bacteriana mineralizada que se forma en las superficies de los dientes naturales y las prótesis dentales. Suele ser de color amarillo blancuzco es duro con consistencia tipo arcilla y se desprende con facilidad de la superficie y se adhiere a las superficies radiculares y su distribución no está relacionada con las glándulas salivales, solo con la inflamación gingival y bolsas periodontal, es de color verde oscuro o negro, es mucho más duro que el sarro supra gingival y mucho más adherido a la superficie dental. (p.170)

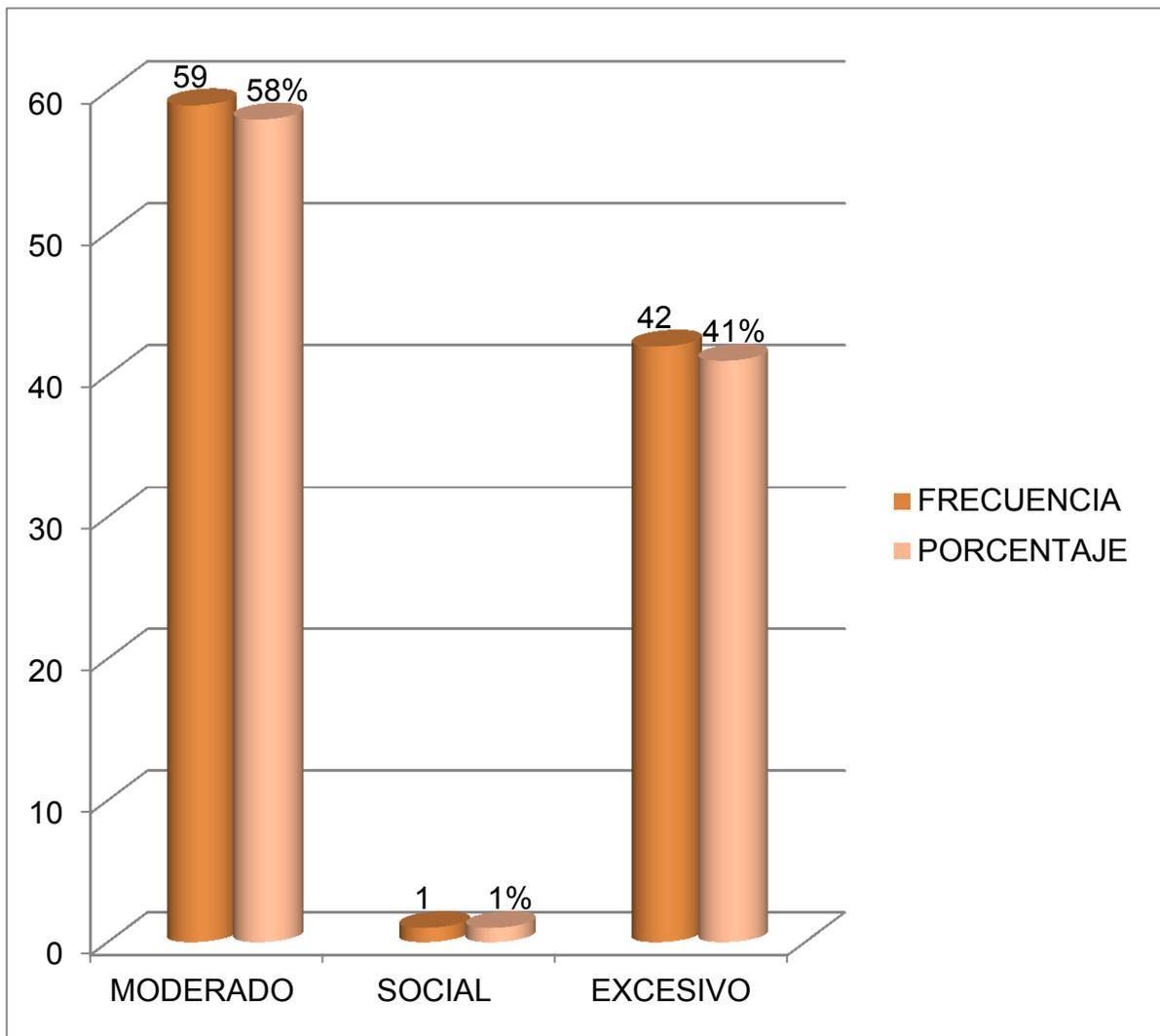
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados la mayoría no presentaban pero si tenían más la acumulación de sarro dental.

Índice de placa bacteriana

CUADRO N° 8

	FRECUENCIA				TOTAL	PORCENTAJE
	Placa grado 0	Placa grado 1	Placa grado 2	Placa grado 3		
Alcohólicomoderado	0	48	10	1	59	58%
Alcohólicosomal	0	0	1	0	1	1%
Alcohólicoeccessivo	0	30	11	1	42	41%
TOTAL	0	78	22	2	102	100%

GRÁFICO N° 8



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", el índice de la placa bacteriana se encontraron: placa grado 0 moderado: 59 investigados, lo que corresponde a un 58%; placa grado I social: 1, que respondieron al 1%; placa grado II excesivo: 42, que respondieron al 41%; del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado Eley, Soory&Manson (2012), citan lo siguiente:

Es un depósito amarillento o blanquecino, blando y laxo que se encuentra en las bocas descuidadas. Consiste en una masa de microorganismos, células epiteliales descamadas, restos de alimentos, leucocitos y depósitos salivales. Tiene una estructura amorfa y, a diferencia de la placa, puede eliminarse fácilmente y lavarse con pulverización de agua⁵⁸. (p. 22)

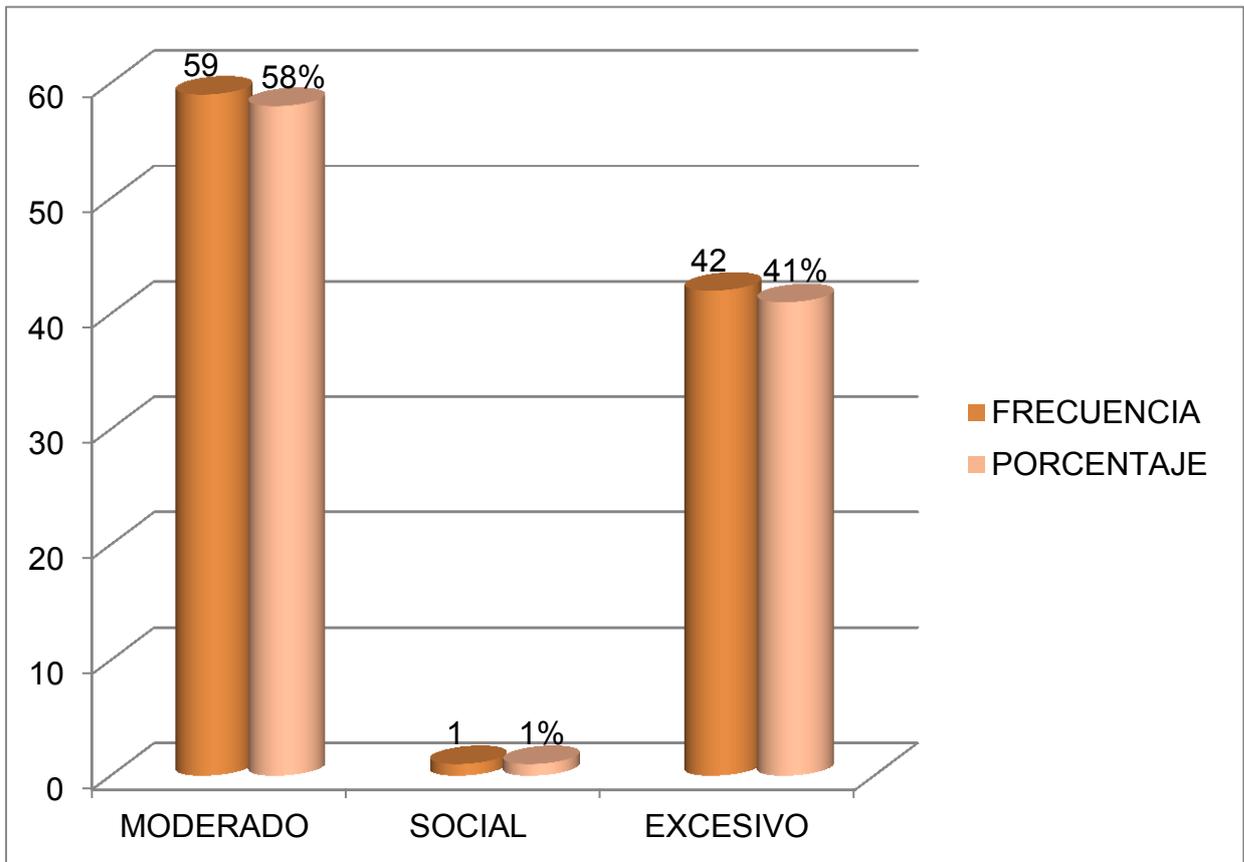
De acuerdo con los resultados obtenidos, un porcentaje de los alcohólicos tipo moderados presentan grado 1, y el tipo excesivo tiene grado 1 y en otro porcentaje grado 2, esta acumulación de placa es producto de la mala higiene de los mismos

Índice de cálculo dental

CUADRO N° 9

	FRECUENCIA				TOTAL	PORCENTAJE
	Cálculo grado 0	Cálculo grado 1	Cálculo grado 2	Cálculo grado 3		
Alcohólico moderado	23	31	5	0	59	58%
Alcohólico social	1	0	0	0	1	1%
Alcohólico excesivo	6	29	6	1	42	41%
TOTAL	30	60	11	1	102	100%

GRÁFICO N°9



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", el índice del cálculo dental se encontraron: cálculo grado 0 moderado: 59 investigados, lo que corresponde a un 58%; cálculo grado I social: 1 investigado, que respondieron al 1%; cálculo grado II excesivo: 42 investigados, que respondieron al 41% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado Eley, Soory&Manson (2012), citan lo siguiente:

El cálculo subgingival se localiza por debajo de la cresta de la encía marginal y, por tanto, no se observa durante el examen clínico. Se adhiere a las superficies radiculares y su distribución no está relacionada con las glándulas salivales, sino con la presencia de inflamación gingival y bolsas periodontal, un hecho reflejado por su antiguo nombre "sarro ceruminal". De color verde oscuro o negro, es mucho más duro que el sarro supra gingival y mucho más adherido a la superficie dental⁹⁰. (p.22)

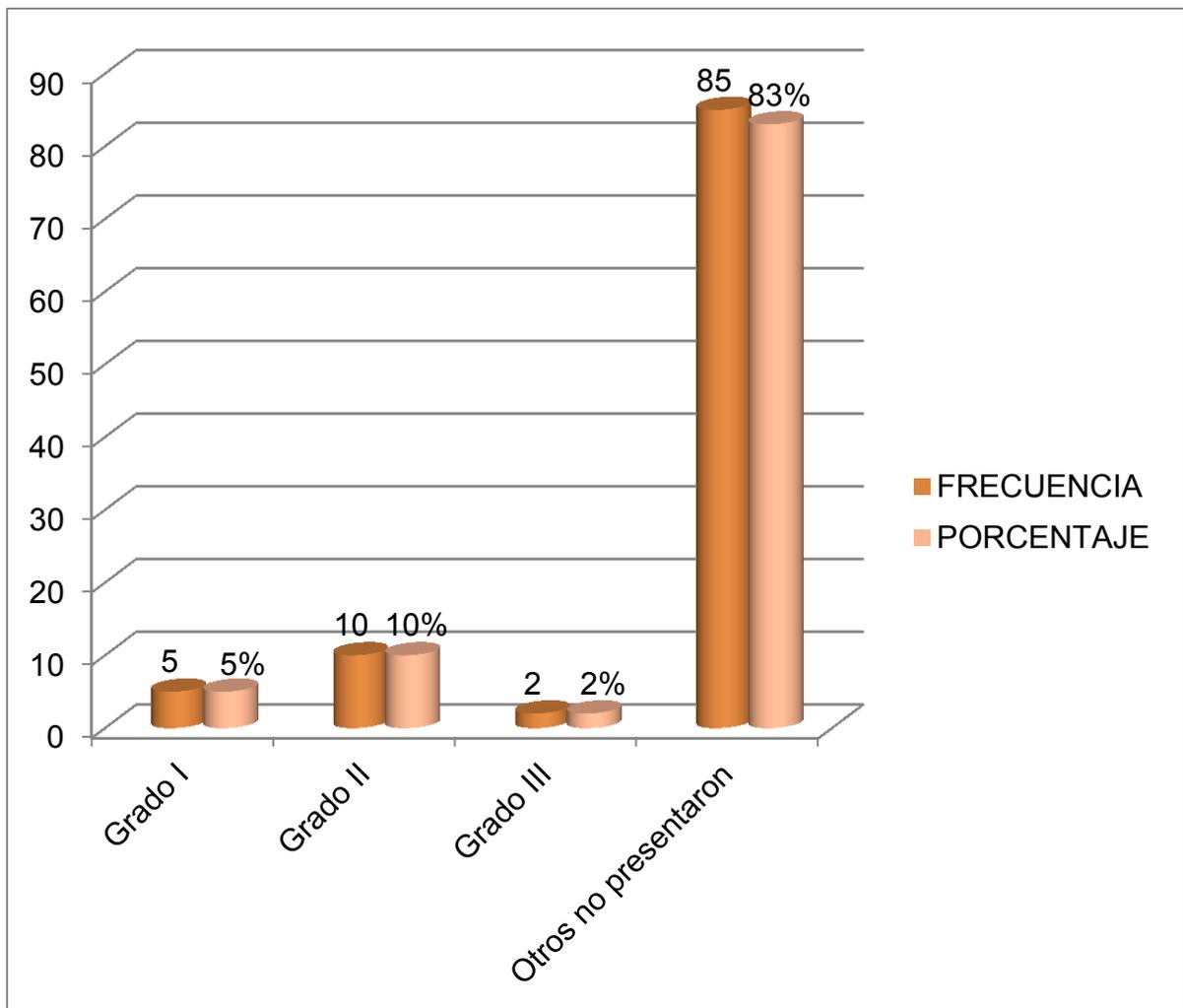
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados la mayoría de estos pacientes presentan cálculo grado 0 especialmente el moderado.

Movilidad dentaria

CUADRO N° 10

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grado I	5	5%
Grado II	10	10%
Grado III	2	2%
Otros no presentaron	85	83%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°10



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", el índice de movilidad dentaria presentan: grado I: 5 investigados, lo que corresponde a un 5%; grado II: 10, que respondieron al 10%; grado III: respondieron 2, lo que corresponde al 2%; y otros no presentaron 85 investigados, que corresponde al 83% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado Enrille & Fuenmayor (2009), Manual de higiene Bucal citan lo siguiente:

GRADO +: movimientos apenas discernible. GRADO 1: movilidad en sentido vestibulolingual que no excede 1mm. GRADO 2: movilidad en sentido vestibulolingual entre 1 y 2 mm. GRADO 3: la movilidad en sentido vestibulolingual excede los 2 mm y/o el diente se puede instruir en su alvéolo⁹⁸. (p.20)

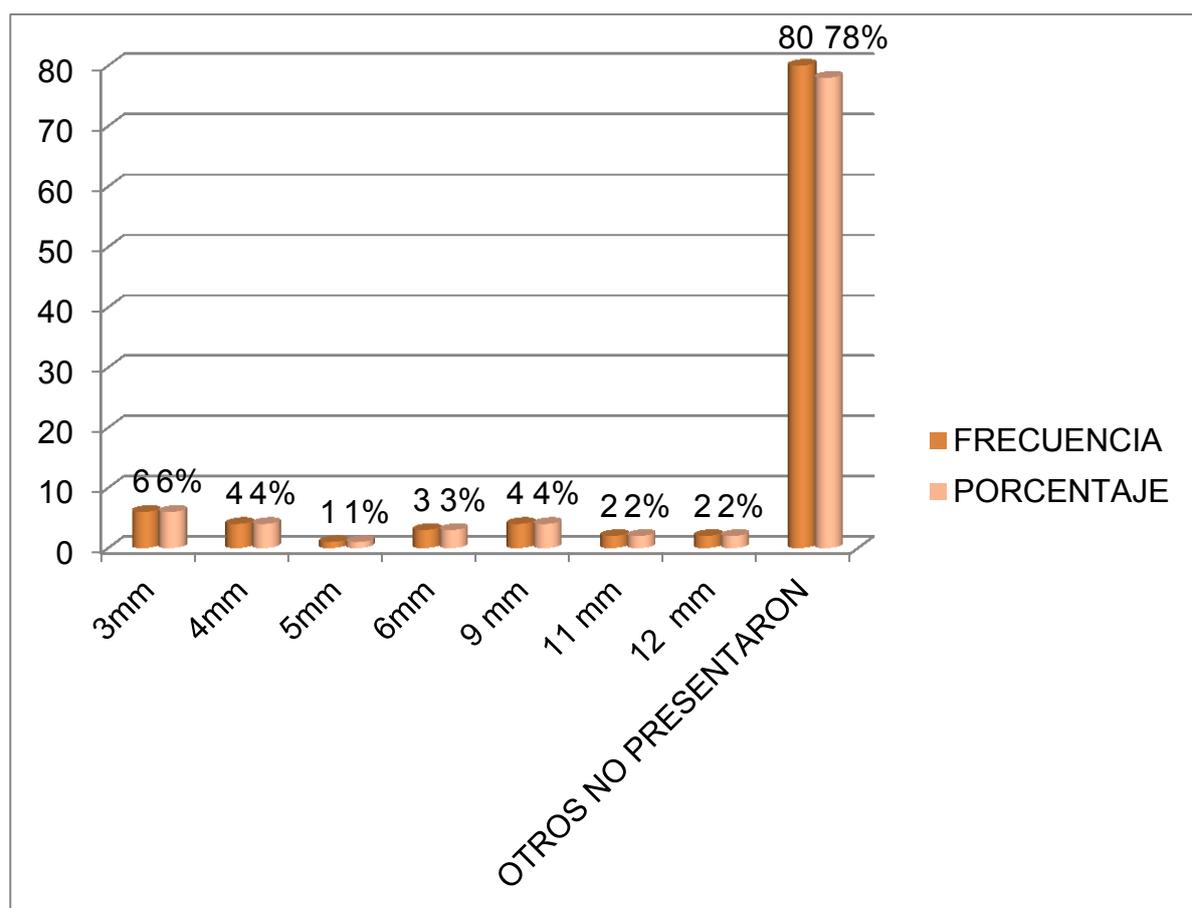
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados cuando se va explorar no se va a encontrar movilidad dentaria, solo en pocos paciente pero más los de edad avanzada, esto se da porque el soporte óseo lo tiene disminuido y no hay retención del diente.

Bolsas periodontales

CUADRO N° 11

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 mm	6	6%
4 mm	4	4%
5mm	1	1%
6mm	3	3%
9 mm	4	4%
11 mm	2	2%
12 mm	2	2%
OTROS NO PRESENTARON	80	78%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°11



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", el índice de bolsa periodontal presentan: 3 mm: 6 investigados, lo que corresponde a un 6%; 4 mm: 4 investigados, que respondieron al 4%; 5 mm: respondieron 1, lo que corresponde al 1%; 6 mm: 3 investigados, que corresponde al 3%; 9 mm, 4 investigados, que corresponde al 4%; 11 mm, respondieron 2, que corresponde al 2%; 12 mm, respondieron 2, que corresponde al 2%; y no presentaron respondieron 80, que corresponde al 78% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Carranza (2010), cita lo siguiente:

Este tipo de bolsa se forma por el agrandamiento gingival, sin la destrucción de los tejidos periodontales subyacentes. El surco se hace más profundo debido al mayor volumen de la encía. No hay migración apical del epitelio de unión a nivel del límite amelo cementerio, su aumento de profundidad es secundario a un agrandamiento de la encía marginal. (p.434)

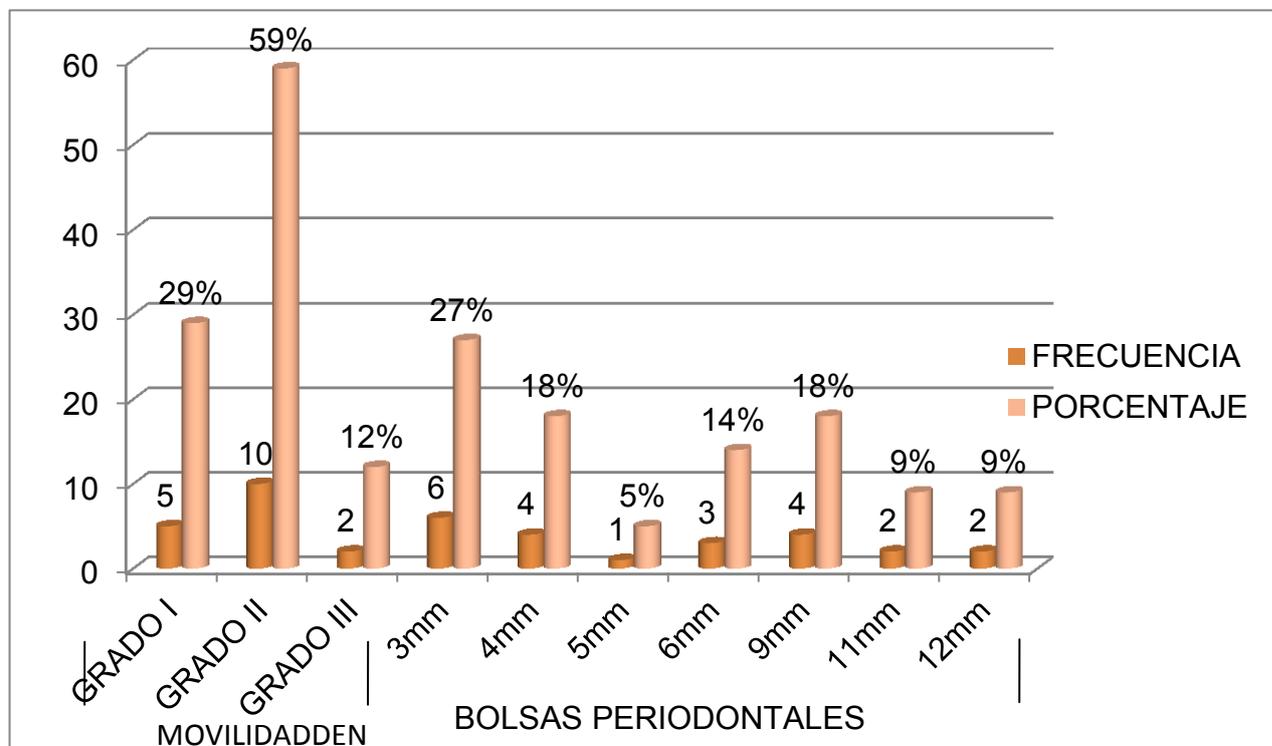
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados la mayoría de estos no presentaron bolsas periodontales solo 8 presentaron, esto se da debido al depósito de la placa bacteriana y por ende la inflamación y pérdida de soporte de las piezas dentarias.

Índice de movilidad dentaria y bolsas periodontales

CUADRO N° 12

		FRECUENCIA			PORCENTAJE
		Alcohólico moderado	Alcohólico social	Alcohólico excesivo	
MOVILIDAD DENTARIA	Grado I	4	0	1	29%
	Grado II	4	0	6	59%
	Grado III	0	0	2	12%
					100%
BOLSAS PERIODONTALES		Alcohólico moderado	Alcohólico Social	Alcohólico Excesivo	
	3 mm	4	0	2	27%
	4 mm	1	0	3	18%
	5mm	0	0	1	5%
	6mm	0	0	3	14%
	9 mm	0	0	4	18%
	11 mm	0	0	2	9%
	12 mm	0	0	2	9%
				100%	

GRÁFICO N° 12



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", el índice de movilidad dentaria presentan: grado I: 5 investigados, lo que corresponde a un 29%; grado II: 10, que respondieron al 59%; grado III: respondieron 2, lo que corresponde al 12%, en cambio la bolsa periodontal; 3 mm: 6 investigados, que corresponde al 27%; 4 mm: 4 investigados, que respondieron al 18%; 5 mm: 1 investigado, que corresponde 5%; 6 mm, 3 investigados, que corresponde al 14%; 9 mm, 4 investigados, que corresponde al 18%; 11 mm, 2 investigados, que corresponde al 9%; 12 mm, 2 investigados, que corresponde al 9% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Enrille & Fuenmayor (2009), citan lo siguiente:

Para explorar la movilidad, tomamos en cada mano un instrumento que solo tenga una parte activa y, con los lados romos apoyados en la cara vestibular y lingual de cada diente, presionamos primero en una dirección y luego en la otra observando si el diente se mueve⁹⁷.
(p.20)

De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados presentan movilidad grado II y bolsas periodontales grado III.

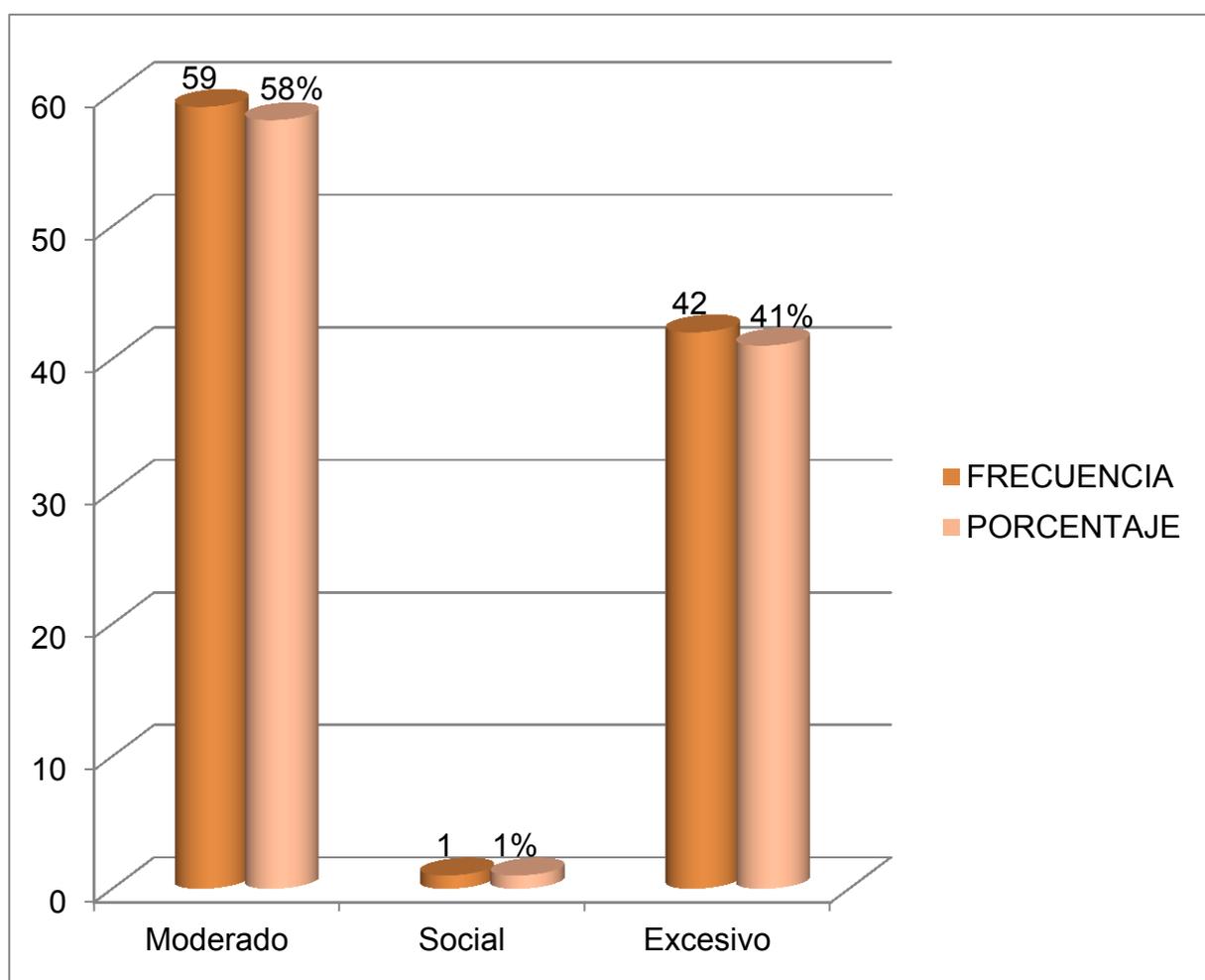
Características de la encía

Color

CUADRO N°13

ALTERNATIVA		FRECUENCIA			TOTAL	PORCENTAJE
		Cálido	Pálido	Granate		
COLOR	Alcohólico moderado	14	29	16	59	58%
	Alcohólico social	0	1	0	1	1%
	Alcohólico excesivo	1	24	17	42	41%
TOTAL		15	54	33	102	100%

GRÁFICO N° 13



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a las características clínicas se observó que cálido 59 investigados son moderado, que corresponde a un 58%; pálido 1 investigado son social, que corresponde al 1%; granate respondieron 42 excesivo, que corresponde al 41% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Wolf & Hassell (2009), citan lo siguiente:

"La gingivitis es de color rosa coral, y puntilleada. El delgado margen de la encía libre es distinguible a la encía adherida. Tras un sondaje gentil con una sonda periodontal punta roma, no ocurre sangrado"⁷⁰(p.93).

De acuerdo con los resultados obtenidos, un porcentaje de los alcohólicos investigados presentan un color totalmente pálido por el consumo excesivo de alcohol, el cual trae consecuencias en los tejidos gingivales

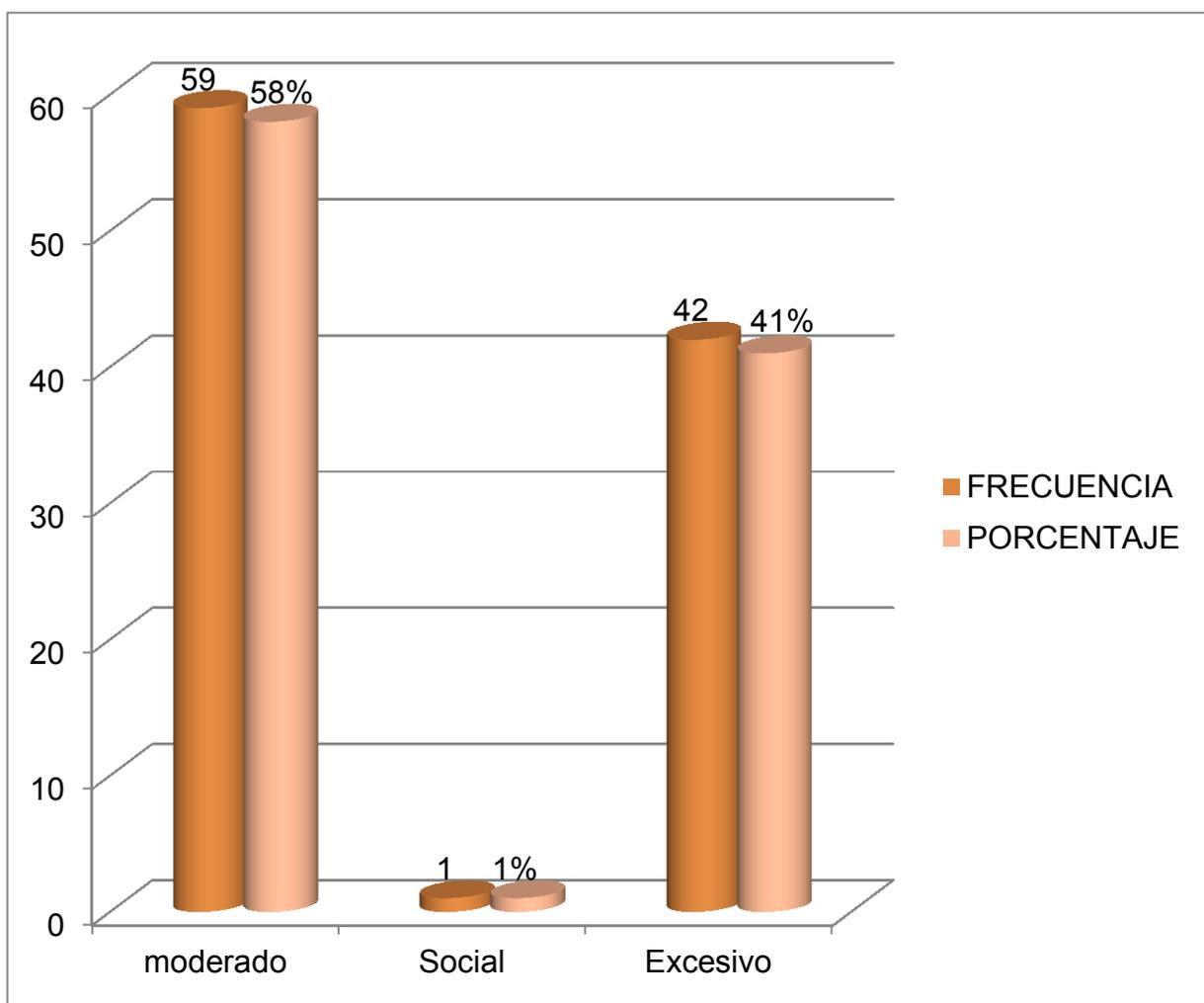
Características de la encía

Forma

CUADRO N° 14

ALTERNATIVAS		FRECUENCIA				PORCENTAJE
		Collar	Col	Piramidal	Total	
FORMA	Alcohólico moderado	25	10	24	59	58%
	Alcohólico social	0	0	1	1	1%
	Alcohólico excesivo	19	6	17	42	41%
TOTAL		44	16	42	102	100%

GRÁFICO N°14



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a las características clínicas se observó que collar 59 investigados son moderado, que corresponde a un 58%; col 1 investigado social, que corresponde al 1%; piramidal respondieron 42 excesivo, que corresponde al 41% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Wolf & Hassell (2009), citan lo siguiente:

"El eritema su localización es escasamente visible, y se observa una ligera tumefacción edematosa. Parte de puntillado característico se pierde, y hay sangrado mínimo al sondaje" (p.93).

De acuerdo con los resultados obtenidos, un porcentaje de los alcohólicos investigados presentan una encía en forma tipo collar o piramidal que son más frecuente en estos pacientes alcohólicos.

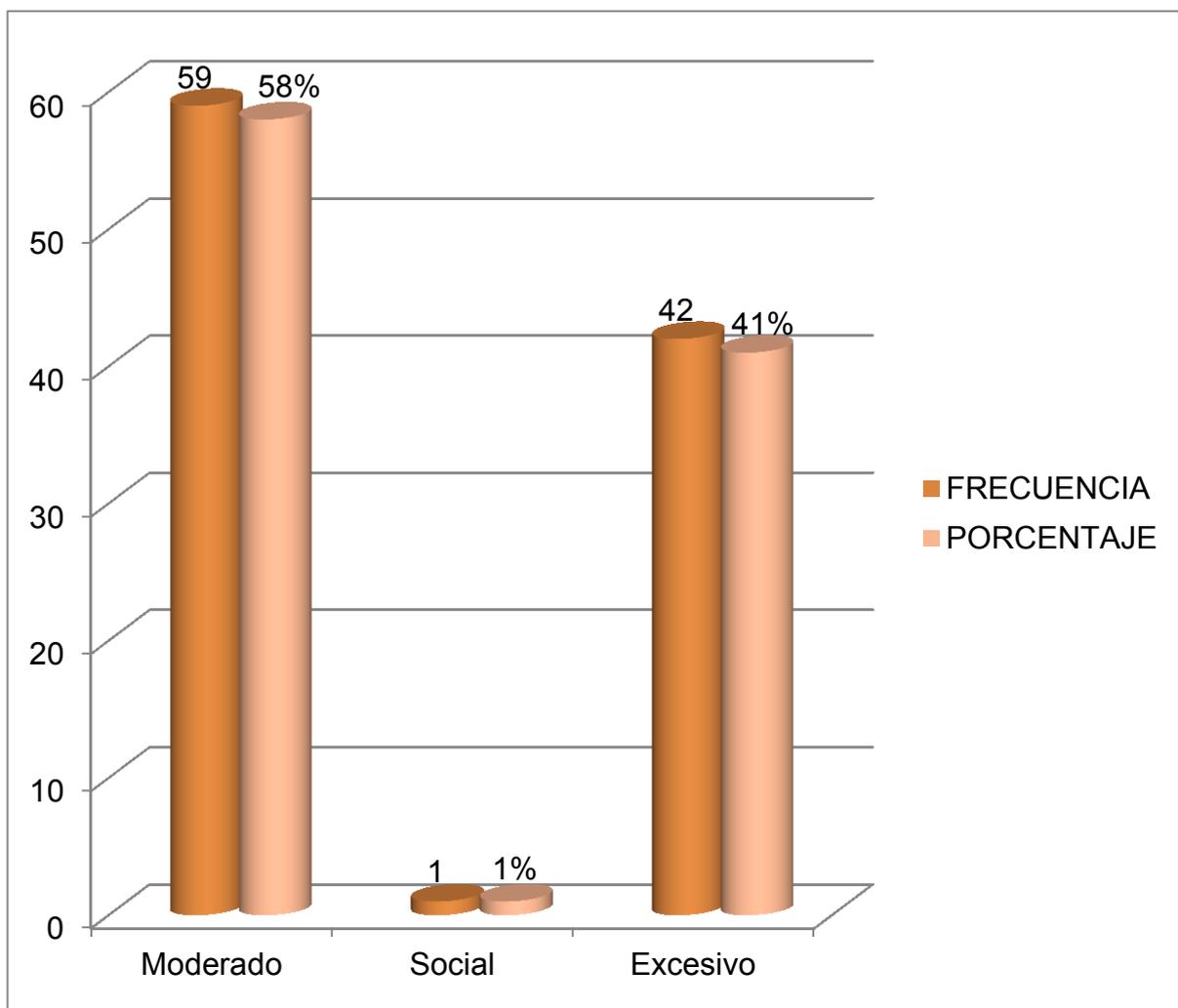
Características de la encía

Textura

CUADRO N° 15

ALTERNATIVA	FRECUENCIA			PORCENTAJE	
	Liso	Puntiforme	Laxa		
TEXTURA Alcohólico moderado	36	22	1	59	58%
alcohólico o social	1	0	0	1	1%
Alcohólico excesivo	31	11	0	42	41%
TOTAL	68	33	1	102	100%

GRÁFICO N°15



FUENTE: Fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a las características clínicas se observó que liso 59 investigado moderado, que corresponde a un 58%; puntiforme 1 investigado social, que corresponde al 1%; laxa respondieron 42 excesivo, que corresponde al 41% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Enrille & Fuenmayor (2009), citan lo siguiente:

Clínicamente, el contorno se regular y firme de la encía cambia y aparece más redondeado con un grado variable de edema o fibrosis. La profundidad del surco puede aumentar ligeramente debido a la formación de pseudobolsas, lo que da paso al aumento de volumen de los tejidos. La hemorragia al sondaje es el primer signo de inflamación y su intensidad es variable, tanto entre individuos como entre sitios en un mismo individuo⁷². (p. 10)

De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados la mayoría de estos pacientes la textura de la encía es completamente liso

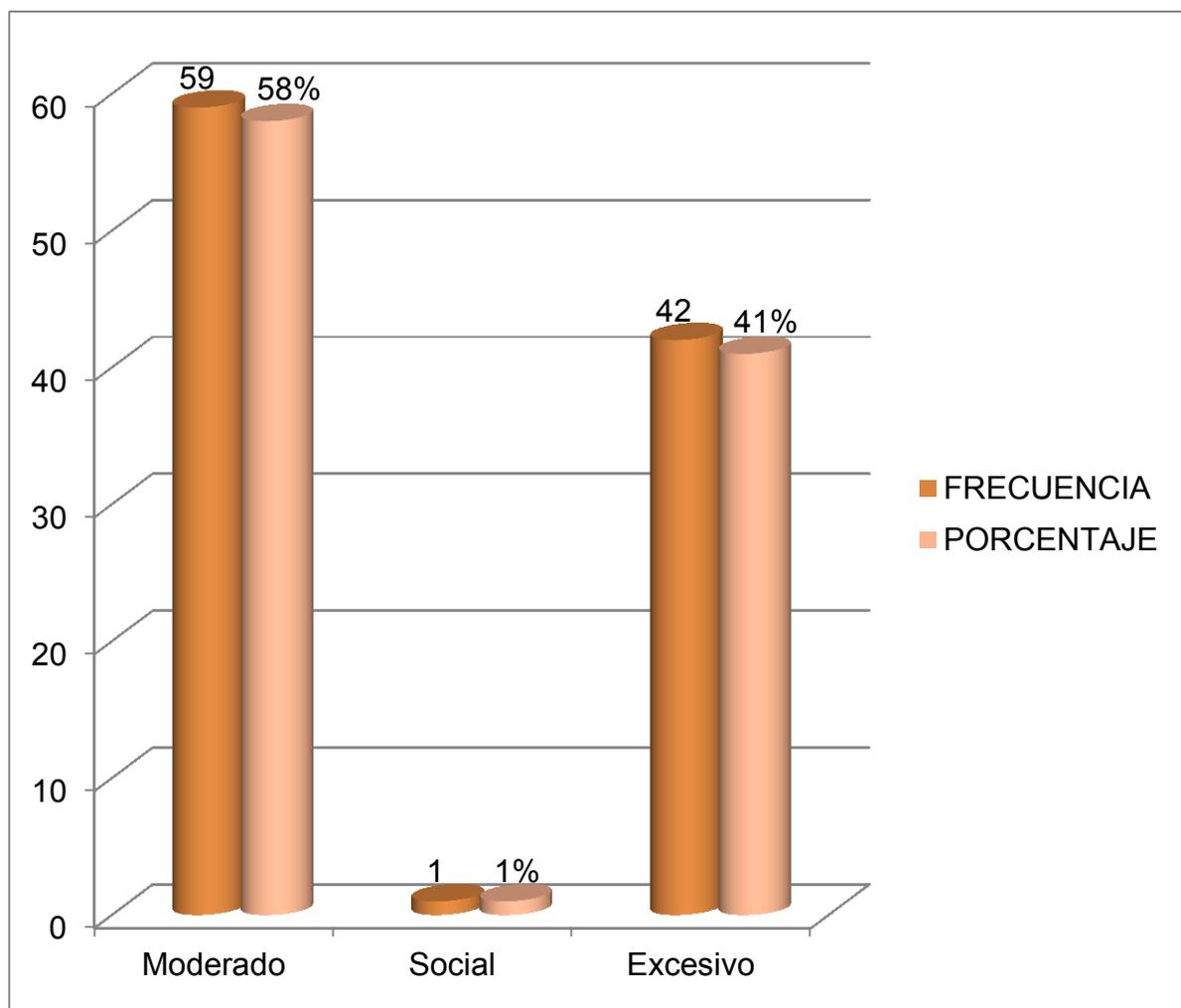
Características de la encía

Contorno

CUADRO N° 16

ALTERNATIVA	FRECUENCIA		PORCENTAJE
	Inflamado	Agrandado	
CONTORNO Alcohólico Moderado	30	29	59
	1	0	1
	31	11	42
Alcohólico Excesivo	62	40	102
Total			100%

GRÁFICO N° 16



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a las características clínicas se observó que inflamado 59 investigado moderado, que corresponde a un 58%; inflamado se observó 1 investigado social, que corresponde al 1%; agrandado 42 investigado excesivo, que corresponde al 41% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Carranza (2005), cita lo siguiente:

Una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupos de microorganismos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas. Es una enfermedad lentamente progresiva y destructiva que se caracteriza por la inflamación de la encía provocado por la colonización de bacterias de la superficie adyacente y tejidos periodontales que llegan a destruir todas las estructuras como hueso, movilidad y caída de los dientes provocando la formación de bolsas. (pp.17-18)

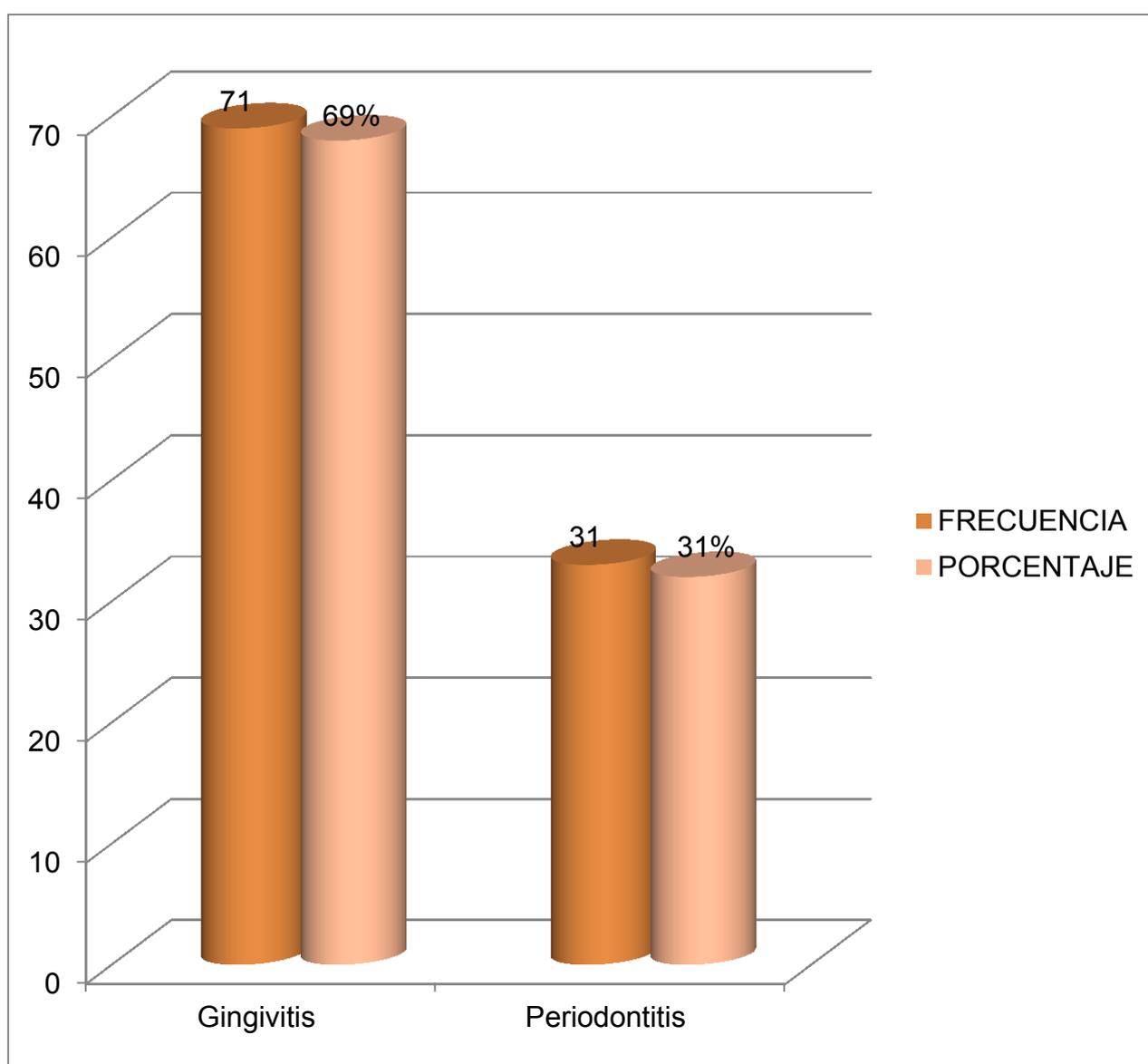
De acuerdo con los resultados obtenidos, un alto porcentaje de los alcohólicos investigados presentan inflamación de las encías, debido a la presencia de placa bacteriana producto de no tener una buena higiene oral.

Tipo de enfermedad

CUADRO N° 17

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gingivitis	71	69%
Periodontitis	31	31%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N°17



FUENTE: Historias Clínicas realizadas a los alcohólicos de la Clínica de Rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 historias clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", se encontraron: gingivitis, 69 investigados que corresponde al 68%; periodontitis 33 investigados lo que corresponde al 32% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (2005), cita lo siguiente:

Es de causa Bacteriana-infecciosa, localizada en la encía, aunque puede afectar la salud general del paciente. La alteración en el equilibrio bacteria-huésped es el desencadenante de esta enfermedad. La enfermedad periodontal se debe a bacterias específicas presentes en la cavidad bucal, alrededor de los dientes y que si no se eliminan correctamente se depositan entre la encía y el diente, inflamando la encía, estas bacterias son capaces de desplazarse por debajo de la encía, migrando a través de la raíz del diente e ir destruyendo el hueso que sujeta los dientes⁷⁵. (p.43)

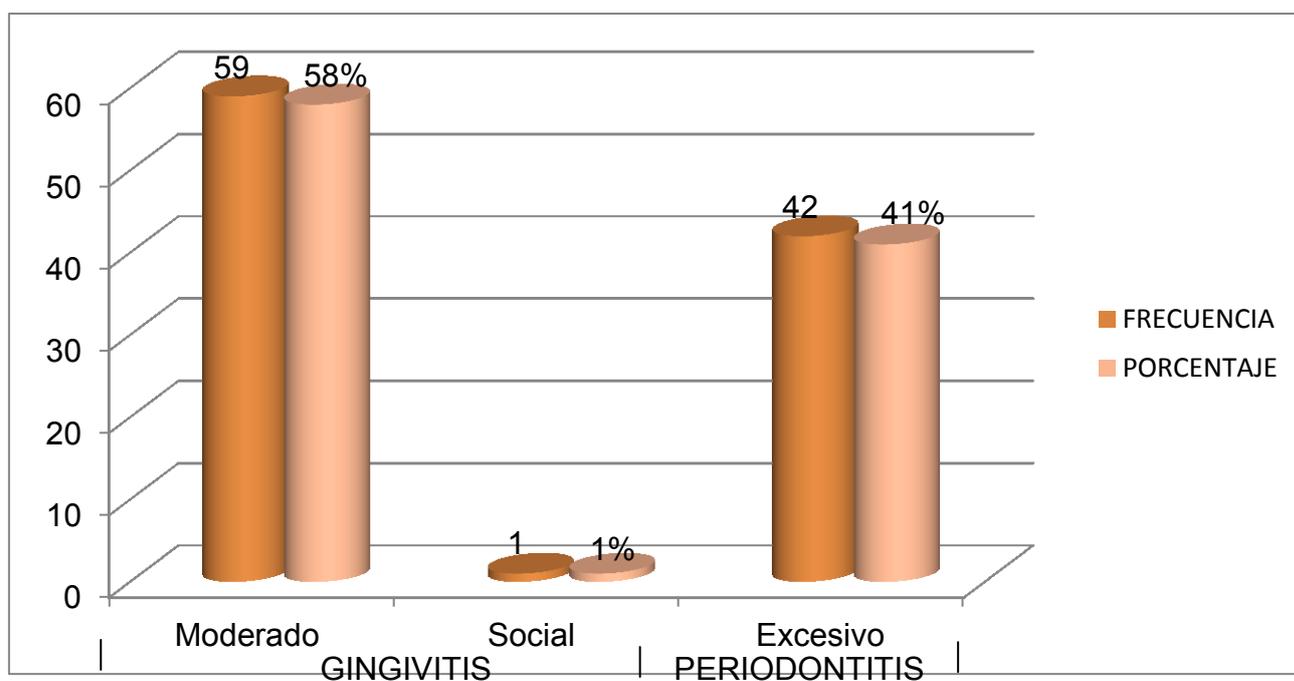
De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de los alcohólicos es que presentan un alto índice de gingivitis esto se da por el incorrecto cepillado dental, ya que esto va ayudar a eliminar placa bacteriana y así que no se forma la gingivitis debido a la placa o sarro dental.

Tipo de enfermedad

CUADRO N° 18

OPCIONES	FRECUENCIA			PORCENTAJE
	Gingivitis	Periodontitis		
Alcohólico moderado	43	16	59	58%
Alcohólico social	1	0	1	1%
Alcohólico excesivo	27	15	42	41%
TOTAL	71	31	102	100%

GRÁFICO N° 18



FUENTE: Historias clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 historias clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", se encontraron: gingivitis moderado 53, social 10, excesivo 6 en total se observó 69 investigados que corresponde al 68%; periodontitis moderado 9, social 0, excesivo 24 en total 33 investigados lo que corresponde al 32% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Bertolucci (2007), cita lo siguiente:

Inflamación localizada coronal a las fibras transeptales. El sondaje y el examen radiológicos no indican pérdida de soporte periodontal. La acumulación y actividad de los PMNs en la zona pericrevicular llevan a la liberación de diversas enzimas con acción lesiva, tanto para las bacterias como para los tejidos del huésped. Los macrófagos y los linfocitos también empiezan a moverse hacia el lugar. Los primeros tienen acción fagocitaria, neutralizando las enzimas liberadas por los PMNs. Los últimos neutralizan un gran número de antígeno⁶⁷. (p.12)

De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de los alcohólicos es que en esa clínica los pacientes moderados y excesivos presentan una elevada gingivitis, esto se da por una incorrecta higiene oral y por la acumulación de placa bacteriana en la cavidad bucal.

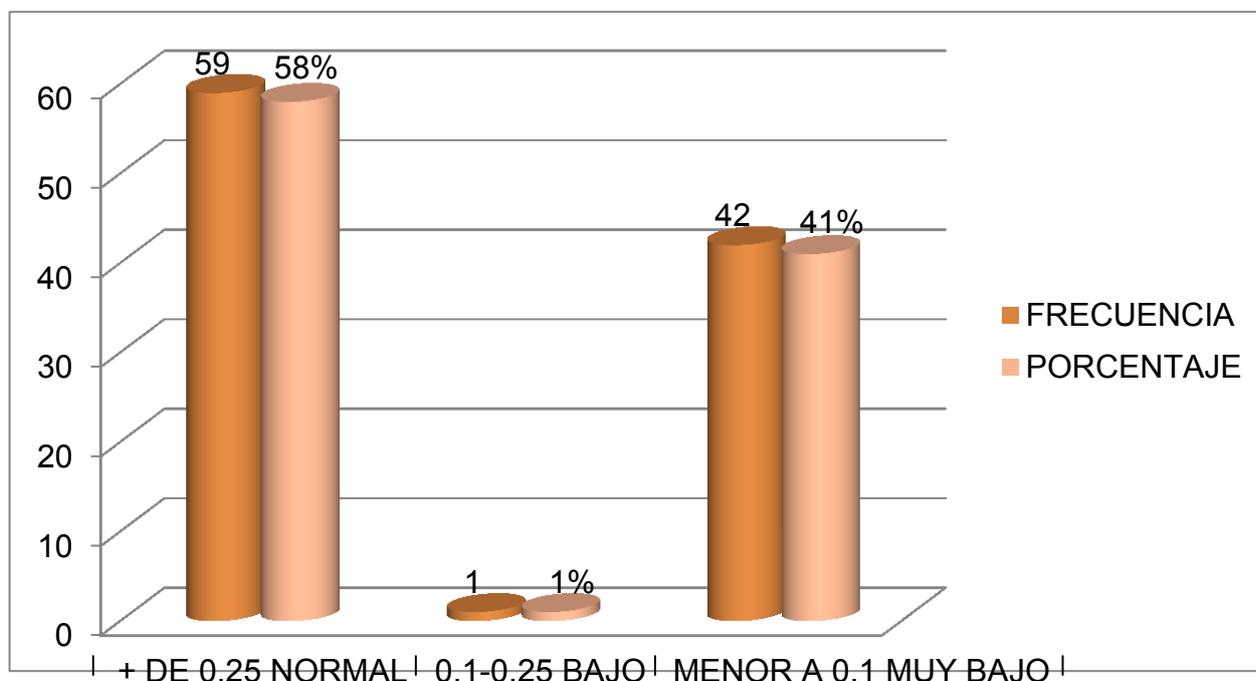
4.1.3. Análisis e interpretación de resultados obtenidos en la ficha de observación

Valores de referencia de la prueba de saliva no estimulada

CUADRO N°1

VOLUMEN EN MINUTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
+ de 0,25 normal	59	58%
0,1- 0.25 bajo	1	1%
Menor a 0,1 muy bajo	42	41%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a los valores de referencia de la saliva se observó que más de 0,25 normal 59 investigados, que corresponde a un 58%; 0,1-0,25 bajo se observó 1 investigado, que corresponde al 1%; menor 0,1 muy bajo 42 investigados, que corresponde al 41% del total de los alcohólicos investigados.

Laboratorio 4, tomado de <http://Bioquimiodonto.wordpress.com/2010/09/23/Practica/4-2>.

La persona se sienta en una posición derecha con su cabeza inclinada adelante para que la producción de saliva sea reunida en el piso de boca y entonces es dirigida a la salida de la boca por encima del labio. Se gotea saliva en la taza o embudo durante 15 minutos. El resultado de esta colección se expresa como mililitros por minuto y resulta de dividir el volumen salival por los minutos transcurridos⁴¹ (Laboratorio 4, Recuperado en <http://Bioquimiodonto.wordpress.com/2010/09/23/Practica/4-2>).

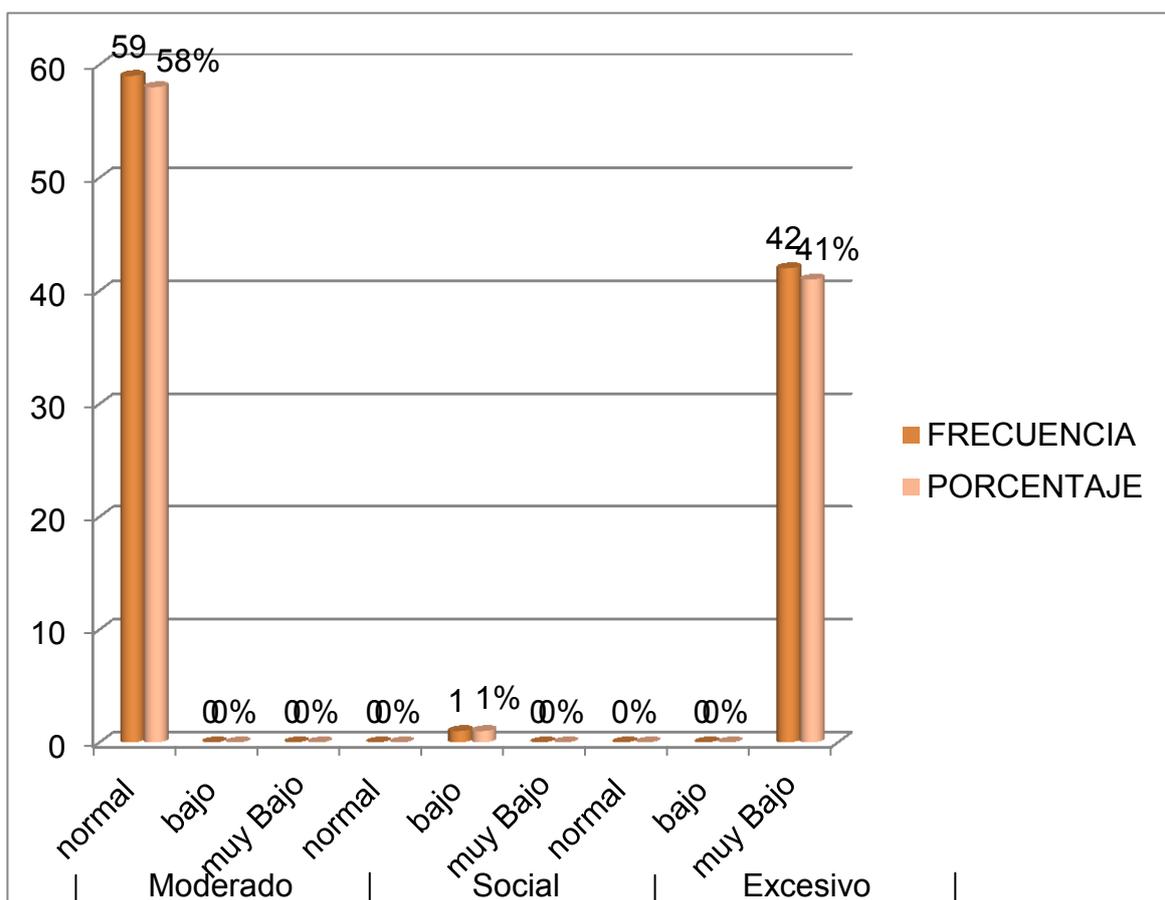
De acuerdo con los resultados obtenidos, un porcentaje de los investigados presentan un flujo salival normal.

Valores de referencia de la saliva de los alcohólicos

CUADRO N°2

	normal	bajo	muy Bajo	Total	Porcentaje
Alcohólico moderado	59	0	0	59	58%
Alcohólico social	0	1	0	1	1%
Alcohólico excesivo	0	0	42	42	41%
Total	59	1	42	102	100%

GRÁFICO N° 2



FUENTE: Fichas clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas clínicas realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", en cuanto a los valores de referencia de la saliva se observó que los moderado presentan normal y el número de investigado es 59, que corresponde a un 58%; social que dio bajo el número de investigado es 1, que corresponde al 1%; excesivo que dio muy bajo el número de investigados es 42, que corresponde al 41% del total de los alcohólicos investigados.

Laboratorio 4, tomado de [hppt//: Bioquimiodonto.wordpress.com/2010/09/23/Practica/4-2](http://Bioquimiodonto.wordpress.com/2010/09/23/Practica/4-2).

VALORES DE REFERENCIA PARA PRUEBA DE SALIVA NO ESTIMULADA EN ADULTOS. (ML/MINUTO)	
VOLUMEN MINUTO	NIVEL
Más de 0.25	Normal
0.1 – 0.25	Bajo
Menor a 0.1	Muy bajo

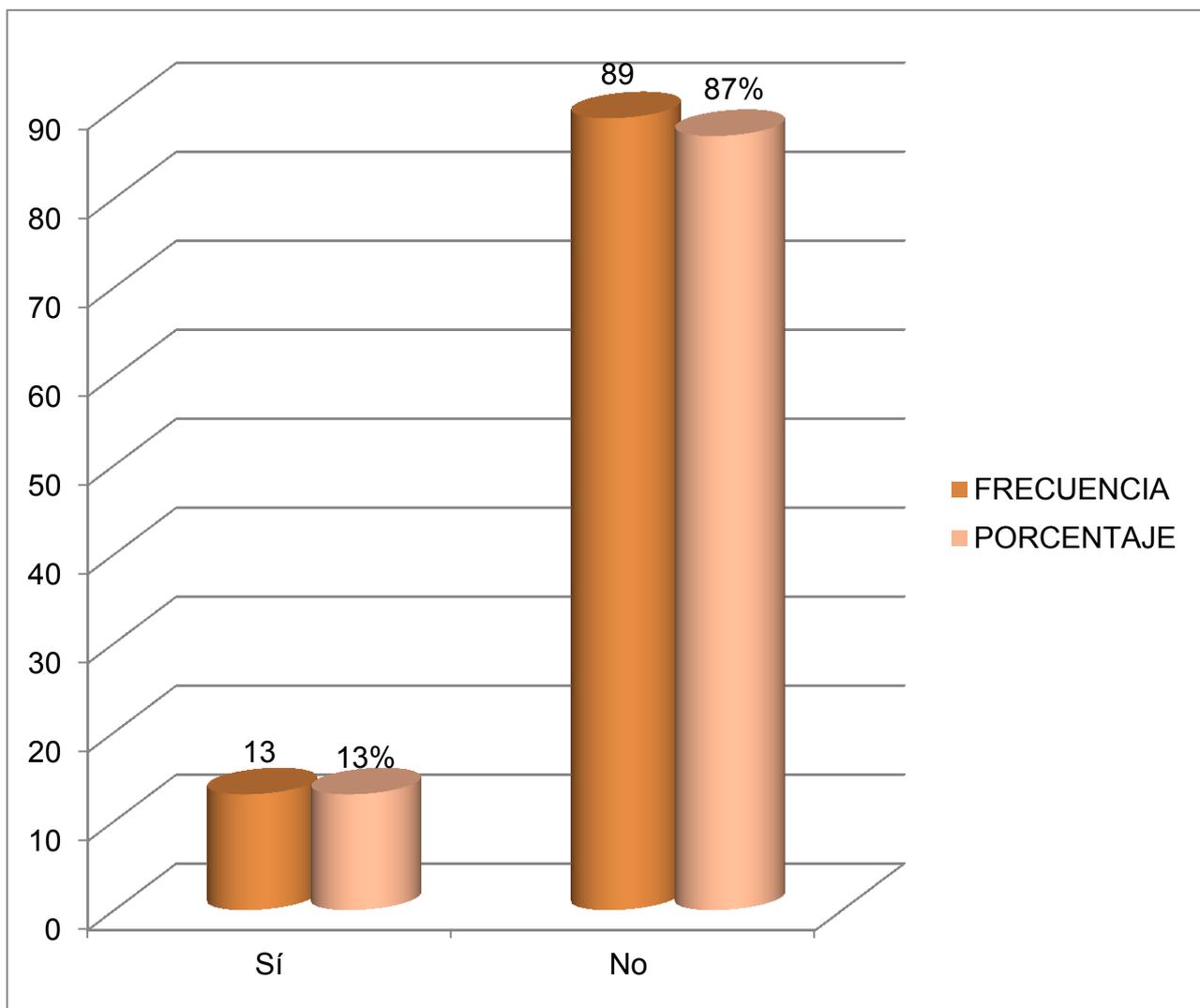
De acuerdo con los resultados obtenidos, un porcentaje de los alcohólicos investigados en esta clínica presentan un grado de salivación normal, en el caso de los moderados no así en los excesivos en los cuales es muy bajo debido al exceso del consumo del alcohol.

Cepillado correcto

CUADRO N° 3

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	13	13%
No	89	87%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 3



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", se encontraron: si, 13 investigados, que corresponde al 13%; no, 89 investigados lo que corresponde al 87% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Carranza (2010), cita lo siguiente:

Dice colóquese la cabeza de un cepillo suave de forma paralela al plano oclusivo, con la cabeza del cepillo cubriendo 3 a 4 dientes, empezando en el diente más distal en el arco. Ubicar las cerdas en el margen gingival en un ángulo de 45° al eje longitudinal, realizar una presión vibratoria ligera, usando movimientos cortos de adelante hacia atrás sin despegar la punta de la cerda, dicho movimiento limpia las superficies en el tercio apical, como los surcos gingivales, elevar el cepillo y moverlo hacia los dientes adyacentes y se debe repetir el proceso tres o cuatro veces en cada diente, si el cepillo es muy grande como para poder alcanzar las superficies linguales, se debe girar verticalmente para presionar el extremo del cepillo hacia el área del surco gingival. Limpiar las superficies oclusales de tres o cuatro veces en cada diente. (p.733)

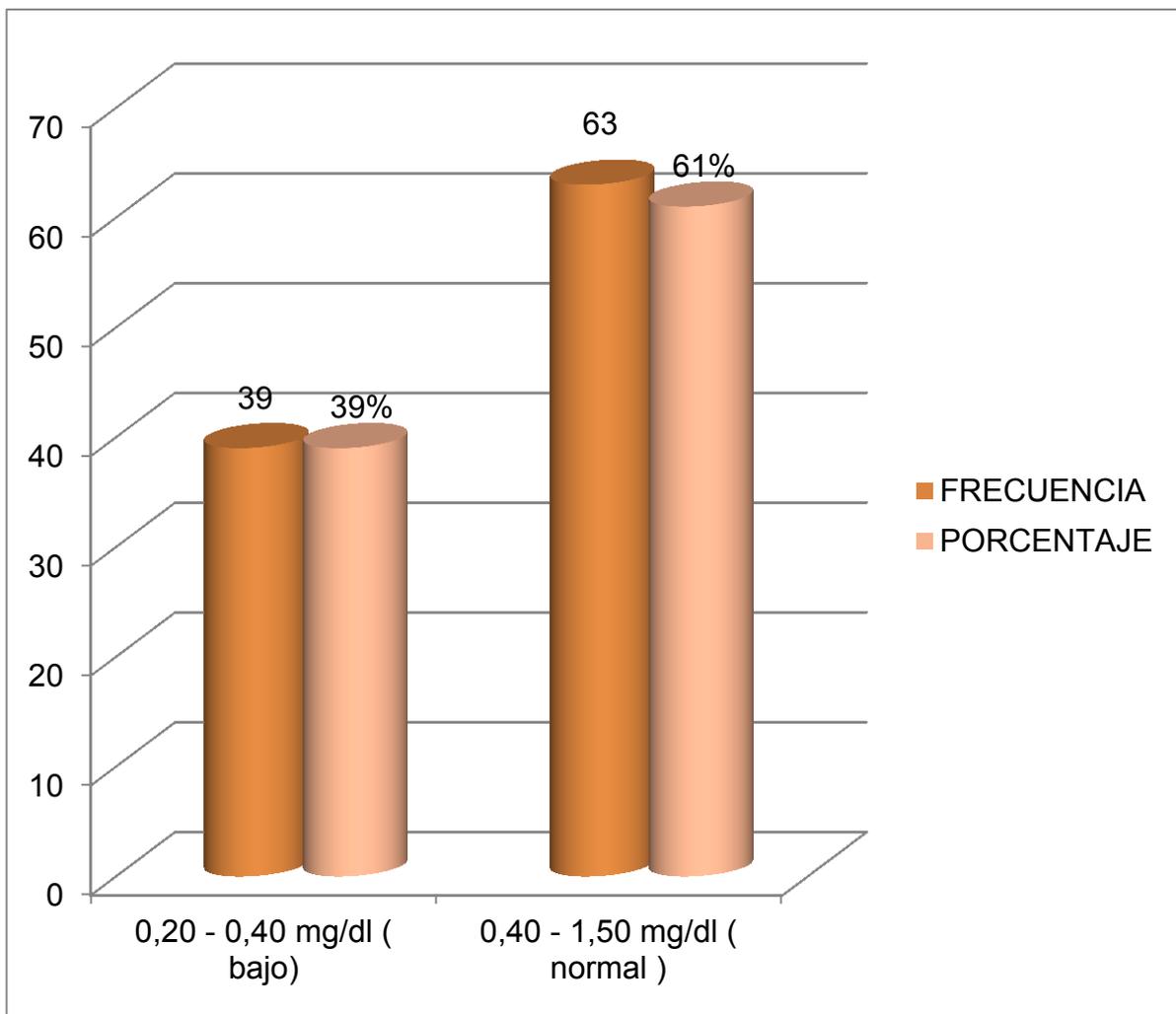
De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor porcentaje de los alcohólicos no tienen un correcto cepillado, esto se da por la falta de conocimiento que tienen estos pacientes, contribuyendo a la formación de placa bacteriana y la no eliminación de la misma lo cual provoca enfermedades periodontales.

Acido ascórbico
Valores de referencia

CUADRO N° 4

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0.20- 0.40 mg/dl (bajo)	39	39%
0.40 - 1.50 mg/dl (normal)	63	61%
TOTAL	102	100%

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación "Volver a vivir", se encontraron: 39 investigados (bajo), que corresponde al 39%, 63 investigados (normal), que corresponde al 61% del total de los alcohólicos investigados.

El libro publicado por Gil (2010), Tratado de nutrición bases fisiológicas y bioquímicas de la nutrición, cita lo siguiente:

"Intervalo de concentración de vitamina C que se considera normal en el plasma es muy amplio desde 0,4mg/dl hasta 1,5mg/dl, los valores que se encuentran entre 0,2mg/dl y 0,4mg/dl, se consideran bajos y los inferiores a 0,2 deficientes"⁵¹(p.485).

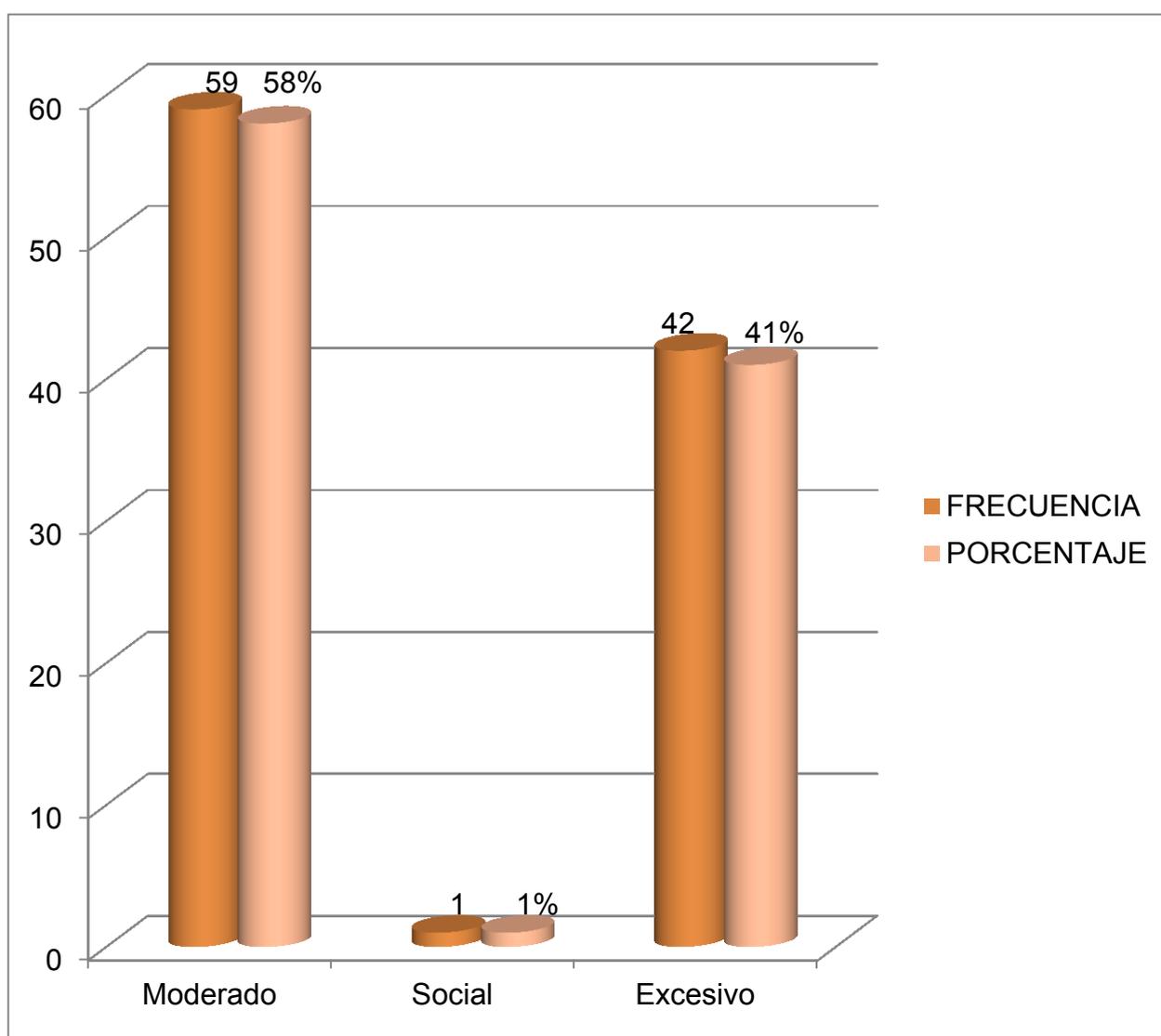
De acuerdo a los resultados obtenidos, el mayor porcentaje es normal, lo que significa que en la mayoría de los internos el aporte de vitamina C en su organismo no ha sido afectado por el consumo excesivo del alcohol.

Conteo de paciente de la prueba de ácido ascórbico

CUADRO N° 5

OPCIONES	FRECUENCIA		PORCENTAJE
	bajo	normal	
Alcohólico moderado	19	40	59
Alcohólico Social	0	1	1
Alcohólico Excesivo	20	22	42
TOTAL	39	63	102

GRÁFICO N° 5



FUENTE: Fichas de observación realizadas a los alcohólicos de la Clínica de Rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 102 historias clínica realizadas a los alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”, se encontraron: moderado bajo y normal 59 investigados que corresponde al 58%; social bajo y normal 1, en total 1 investigado, que corresponde al 1%; excesivo bajo y normal en total 42 investigados, que corresponde al 41% del total de los alcohólicos encuestados.

El libro publicado por Chover (2011) Medicina Orto Molecular, cita lo siguiente:

La toma de vitamina C se relaciona con efecto protector en la densidad mineral ósea. Alta ingesta de vitamina C se concierne con disminución de la pérdida de calcio en el cuello femoral y trocánter. El consumo de vitamina C disminuye el sangrado de la gingivitis y regenerar el tejido conectivo de la encía reduciendo la penetración de las bacterias suprimiendo las inflamaciones. (p.399)

De acuerdo a los resultados obtenidos, en un porcentaje significativo presentan los niveles normales de vitamina C.

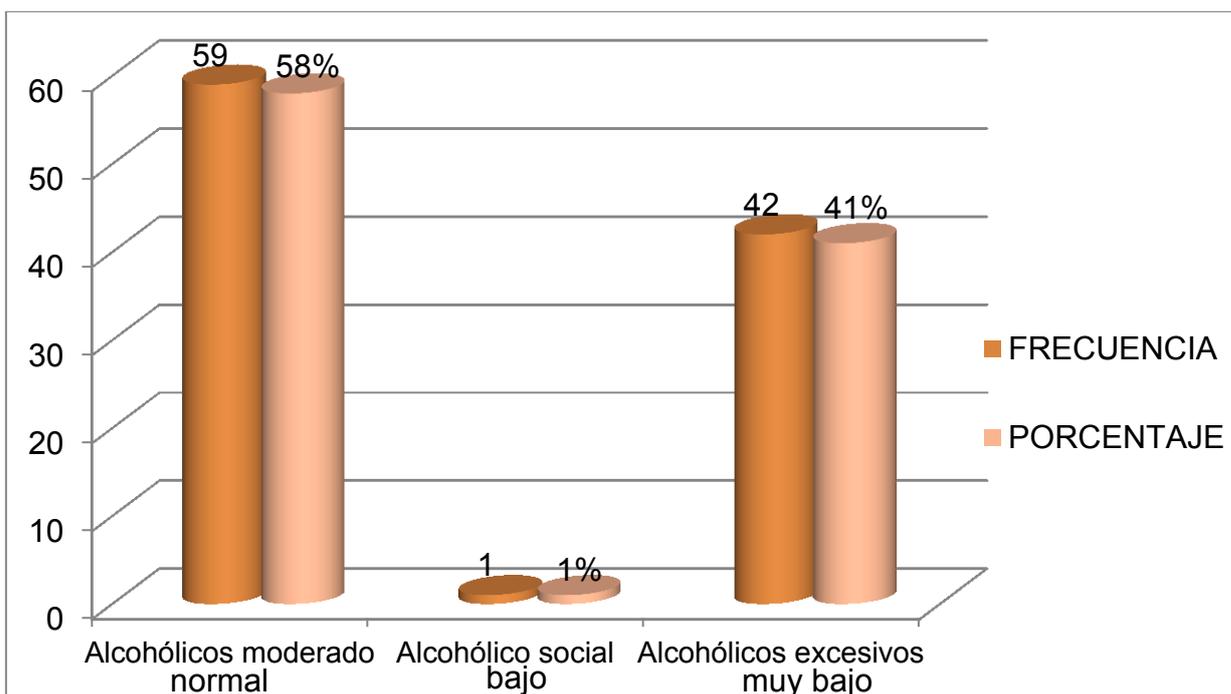
4.1.4 Análisis e interpretación de los resultados según los objetivos.

OBJETIVO 1: Establecer el grado de alcoholismo que presentan los pacientes para relacionarlos con el flujo salival

CUADRO N°1

	normal	bajo	muy Bajo	Total	Porcentaje
Alcohólico Moderado	59	0	0	59	58%
Alcohólico Social	0	1	0	1	1%
Alcohólico Excesivo	0	0	42	42	41%
Total	59	1	42	102	100%

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Historias Clínicas realizadas a los alcohólicos de la Clínica de Rehabilitación "Volver a vivir"

RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 102 alcohólicos el grado de alcoholismo en cuanto a su relación con el flujo salival encontramos que: de los alcohólicos moderados su flujo salival es 59, que corresponde al 58%; de los alcohólicos social su flujo salival es, que corresponde al 1%; de los alcohólicos excesivos su flujo salival es 42, que corresponde al 41% del total de la clínica de rehabilitación “ Volver a vivir”

El libro publicado por Quesada, Ladero, Hernández & Lizasoain (2009), citan lo siguiente:

“Es un producto energético. Cada gramo de etanol genera, a través de su metabolismo oxidativo, 7,2 Kcal y, aunque no tiene utilidad plástica, genera un consumo de elementos clave en la cadena metabólica y altera notablemente el equilibrio bioquímico”¹⁰(p.385).

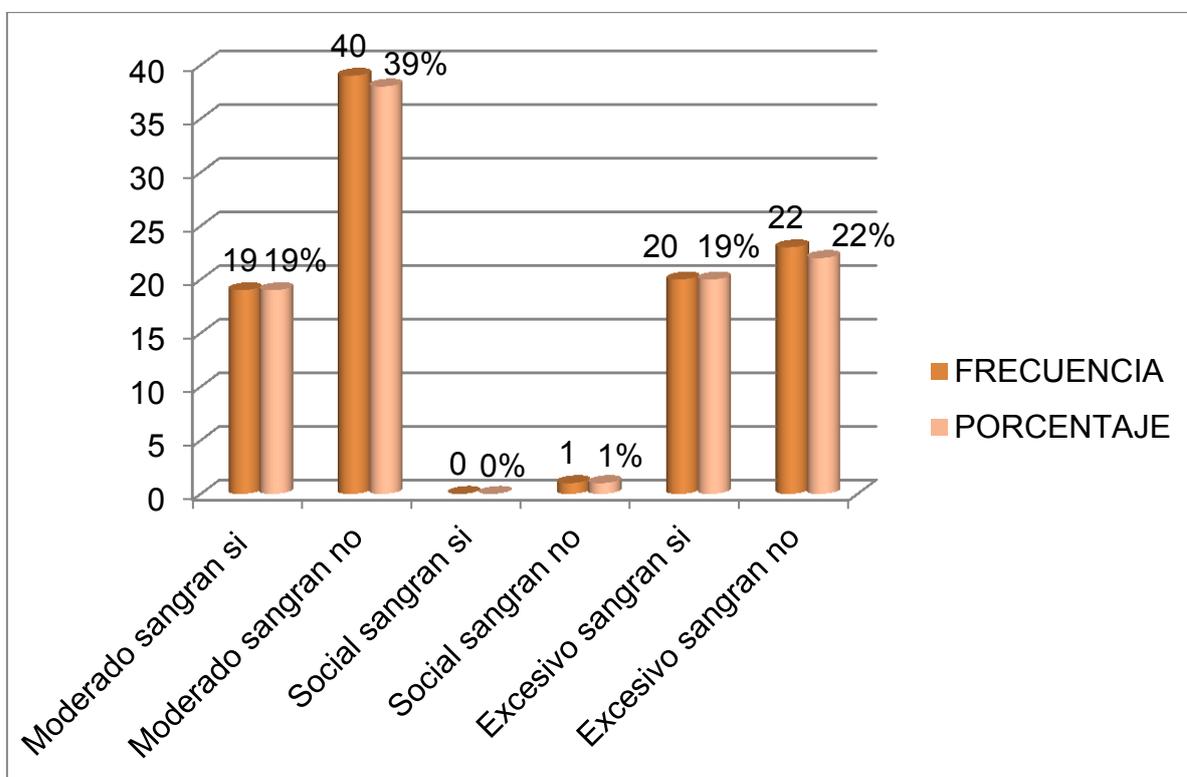
Según los resultados obtenidos, en los alcohólicos excesivos el flujo salival tiende a disminuir por efectos del alcohol, ya que el flujo va ayudar a la lubricación y así evitar que se forme rápido la placa bacteriana.

OBJETIVO 3: Analizar los niveles de ácido ascórbico y su incidencia en el sangrado gingival

CUADRO N°2

SANGRADO GINGIVAL	FRECUENCIA DEL ÁCIDO ASCORBICO		PORCENTAJE	
	bajo	normal		
Alcohólico moderado sangran	19	0	19	19%
Alcohólico moderado no sangran	0	40	40	39%
Alcohólico social sangran	0	0	0	0%
Alcohólico social no sangran	0	1	1	1%
Alcohólico excesivo sangran	20	0	20	19%
Alcohólico excesivo no sangran	0	22	22	22%
TOTAL	39	63	102	100%

GRÁFICO N°2



FUENTE: Historias Clínicas realizadas a los alcohólicos de la Clínica de Rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 102 alcohólicos los niveles de ácido ascórbico en cuanto a su relación con el sangrado gingival encontramos que: de los alcohólicos moderados que si sangran dio 19 bajo, que corresponde al 19%; de los alcohólicos moderados que no sangran dio 40 normal, que corresponde al 39%; de los alcohólicos social que si sangran dio 0 bajo, que corresponde al 0%; de los alcohólicos social que no sangran dio 1 normal, que corresponde al 1%; de los alcohólicos excesivo que si sangran dio 20 bajo, que corresponde al 19%; de los alcohólicos excesivo que no sangran dio 22 normal, que corresponde 22% del total de la clínica de rehabilitación " Volver a vivir"

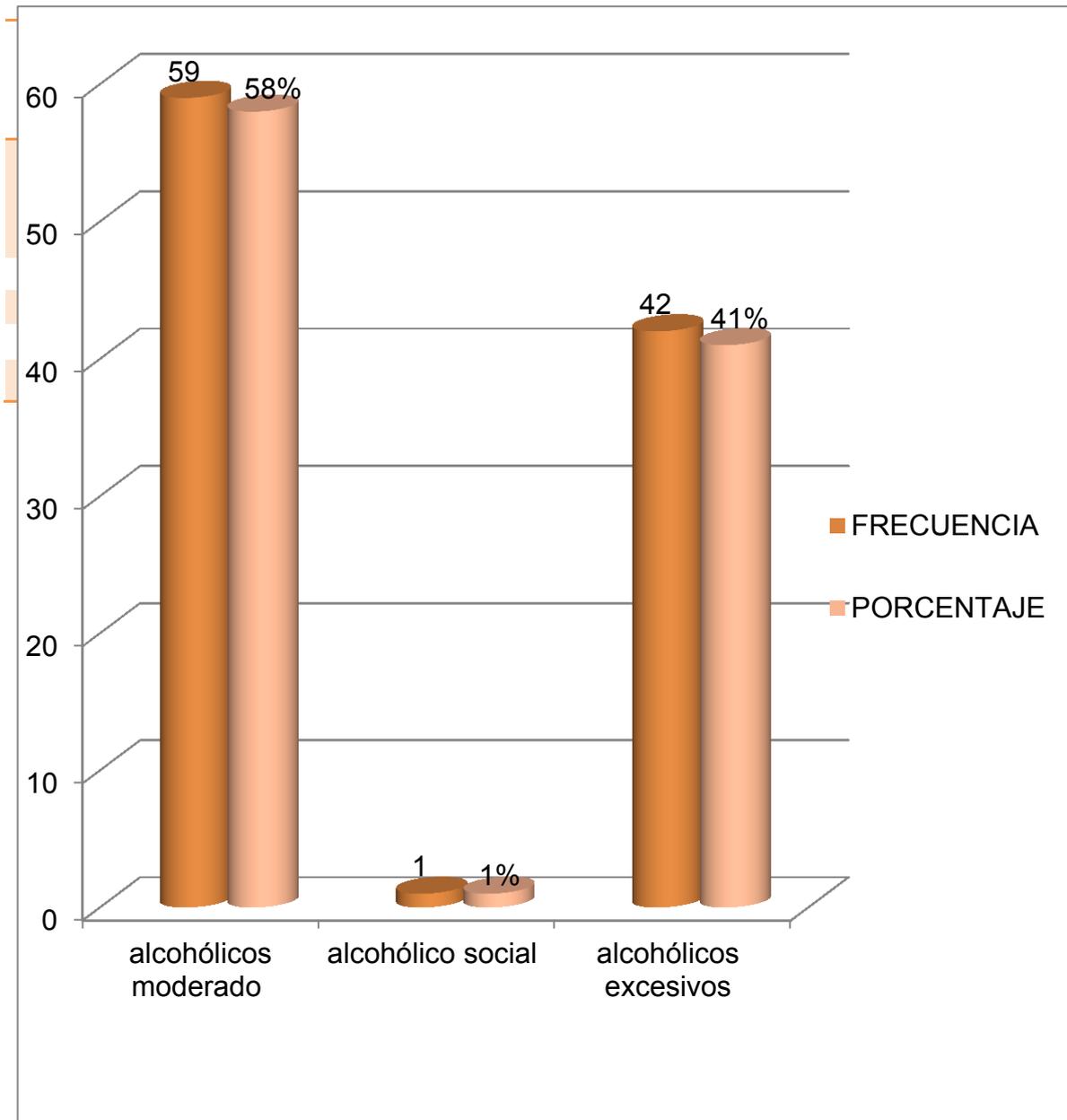
El libro publicado por Bascones(2009), cita lo siguiente:

La deficiencia grave de vitamina C en personas produce el escorbuto, que se caracteriza por una diálisis hemorrágica y retardo de la cicatrización de heridas. Existe, además, pérdida de apetito, adelgazamiento, dolores en las articulaciones, epistaxis, equimosis, y hemorragia en los músculos y tejidos profundos. La utilización de vitamina C como tratamiento de la enfermedad periodontal no está justificada mientras no se eliminen los factores irritativos locales. La medición de los niveles en plasma o suero son adecuados para evaluar el estado clínico del paciente, sin embargo los niveles encontrados en los leucocitos son superiores pero más difíciles de obtener. Los niveles muy bajos pueden ser encontrados en el escorbuto presentándose como un síndrome de mal absorción, alcoholismo, embarazo, hipertiroidismo, falla renal, esteatorrea, hemodiálisis, enfermedades reumatológicas y cáncer. (p.81)

Según los resultados obtenidos, en los pacientes moderados y excesivos que presentaban sangrado espontaneo se encuentran dentro de los valores bajos del ácido ascórbico, no así los que no presentan sangrado espontáneo, ya que ellos tuvieron un valor normal.

OBJETIVO 4: Inspeccionar el estado de los tejidos gingivales para verificar la presencia de enfermedades periodontales

CUADRO N°3



FUENTE: Historias Clínicas realizadas a los alcohólicos de la Clínica de Rehabilitación "Volver a vivir"
RESPONSABLES: Alberto Cadena y Silvia Ochoa

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 102 alcohólicos el estado de los tejidos gingivales en cuanto a su relación con las enfermedades periodontales encontramos que: de los alcohólicos moderados el tipo de enfermedad periodontal es 59, que corresponde al 58%; de los alcohólicos social el tipo de enfermedad periodontal es 1, que corresponde al 1%; de los alcohólicos excesivos el tipo de enfermedad periodontal es 42, que corresponde al 41% del total de la clínica de rehabilitación " Volver a vivir"

El libro publicado por Enrille & Fuenmayor (2009), citan lo siguiente:

Clásicamente la gingivitis se refiere a la respuesta inflamatoria de la encía a los irritantes locales (placa dental). Definir la gingivitis no ha sido tarea fácil, pero en los últimos años hay una aceptación, cada vez mayor, de que el término <<gingivitis>> no representa una única enfermedad, pero si un amplio espectro de enfermedades que son el resultado final de diferentes procesos⁶⁶. (p.10)

El libro publicado por Carranza (2005), cita lo siguiente:

Una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos o grupos de microorganismos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas. Es una enfermedad lentamente progresiva y destructiva que se caracteriza por la inflamación de la encía provocado por la colonización de bacterias de la superficie adyacente y tejidos periodontales que llegan a destruir todas las estructuras como hueso, movilidad y caída de los dientes provocando la formación de bolsas. (pp.17-18)

Según los resultados obtenidos, en dicha clínica existe un alto índice de gingivitis en pacientes moderados y excesivos, producto de no tener una correcta higiene oral.

4.2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.2.1. CONCLUSIONES

En base a la investigación realizada, se pudo verificar que el alcoholismo repercute en la enfermedad periodontal de los alcohólicos de la clínica de rehabilitación " Volver a vivir " de Manta, para lo cual se han llegado a las siguientes conclusiones:

1. Se puede comprobar que existe un elevado índice de alcohólicos moderados que corresponde al 58% en los cuales su flujo salival es normal en cambio en los excesivos, que corresponde al 41% su flujo salival es muy bajo; lo cual indica que el consumo excesivo de alcohol repercute en el flujo salival y este a su vez en el depósito de placa bacteriana.
2. De acuerdo con los datos obtenidos en los 102 alcohólicos de la clínica de rehabilitación " Volver a vivir " de Manta se pudo obtener que en un 73% de los pacientes su cepillado es deficiente, lo que se relaciona con la presencia de placa bacteriana; en un 54% índice placa 1 y un 32% índice placa 2, lo que indica que su higiene bucal es deficiente.
3. Según los resultados obtenidos de los pacientes que no presentan sangrado espontáneo en un 63% tuvieron un ácido ascórbico normal; en los pacientes que si presentaron sangrado espontáneo el 38% presentaron un sangrado bajo, por lo cual el aumento de ácido ascórbico se relaciona con el sangrado.

4. En cuanto a los resultados obtenidos de los 102 alcohólicos de la clínica de rehabilitación " Volver a vivir " de Manta, se encontró un mayor porcentaje de gingivitis, tanto en los pacientes moderados como excesivos siendo los porcentajes 61%, y 31% respectivamente lo que indica que tienen una salud bucal deteriorada.

4.2.2. RECOMENDACIONES

1. Se aconseja que sigan una higiene adecuada para evitar la acumulación de placa bacteriana y así evitar la formación de sarro dental y de esta manera contribuir a que los tejidos gingivales estén sanos.
2. Se recomienda que el personal de salud que labora en esta entidad, realice los controles correspondientes a los internos.

Propuesta

Alternativa

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5. IDENTIFICACIÓN

5.1. TÍTULO

Mejoramiento de la salud bucal en los pacientes de la clínica de rehabilitación “volver a vivir”, a través de la ejecución de un ciclo de conferencias sobre “Consecuencias del alcohol en los tejidos periodontales”.

5.2. CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tipo social-educativo

5.3. LOCALIZACIÓN

La propuesta será ejecutada en la clínica de Rehabilitación de alcohólicos “volver a vivir”, que se encuentra ubicada en la ciudad de Manta, en el barrio la paz atrás del paseo shopping.

5.4. JUSTIFICACIÓN

Según la investigación realizada, los pacientes alcohólicos de la clínica de rehabilitación de alcohólicos anónimos “volver a vivir” tienen poco conocimiento sobre la relación que existe entre la enfermedad periodontal y el alcoholismo, y sobre las normas de higiene oral, ya que ellos debido al consumo de alcohol no le prestan el debido interés a los cuidados que deberían tener sobre su cavidad

bucal. Un alto índice de pacientes presenta en condiciones deficientes su salud oral, debido a su constante estado de embriaguez no se realizan un

Correcto cepillado, por lo cual su salud oral no se encuentre en óptimas condiciones.

Se considera importante que los pacientes de esta clínica tengan un mejor conocimiento sobre una higiene oral adecuada para que se vea reflejado en un mejoramiento de la salud bucal.

5.5. MARCO INSTITUCIONAL

Esta clínica de rehabilitación de alcohólicos “Volver a vivir” fue fundado el 10 de enero de 1996 en la ciudad de Manta ubicado cierto establecimiento en el barrio Jocay contando con el servicio del Lcdo. Ramón Cedeño Duarte y el pastor Pedro Alfonso Mera.

A partir del 2010 pasó a llamarse Clínica de Rehabilitación “Volver a vivir”, contando con un pastor y dos auxiliares de servicio.

Como esta clínica resultaba muy pequeña y no reunía las condiciones necesarias para estas personas con problemas de alcohol se requería ayuda económica para dar el servicio exacto y justo.

Desde 2010 al 2011 el Lcdo. Ramón Cedeño Duarte y el pastor Pedro Alfonso Mera decidieron cambiar su clínica de rehabilitación a otro lugar donde hablaron con cada uno de los parientes de los alcohólicos para

explicarle de la situación y de lo que se va a pagar y de las condiciones quevan a requerir cada uno de ellos, ya que esta clínica se encuentra ubicada en este momento en el barrio la Paz de la ciudad de Manta

El 2 de mayo de 2011, decidieron prestar servicios de calidad a estos pacientes alcohólicos como estudios bíblicos, servicios profesionales, liderazgo, prevención, asesoramiento, consejería y como llevar una vida adecuada como persona.

Ahora esta clínica de rehabilitación cuenta con 108 pacientes alcohólicos, dirigidos por el Lcdo. Ramón Cedeño Duarte y el pastor de confianza de años Pedro Alfonso Mera y seis auxiliares de servicio.

Uno de los problemas más frecuente que se presenta en estos pacientes alcohólicos de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir” de la ciudad de Manta, es la presencia de la enfermedad periodontal, se da por la falta de conocimiento lo que produce el alcohol y las complicaciones que provoca en la cavidad oral.

5.6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Mejorar la salud bucal de los internos de la clínica de rehabilitación de alcohólicos “Volver a vivir” de la ciudad de Manta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Educar a los internos de la clínica de rehabilitación de alcohólicos “Volver a vivir” sobre el alcohol y sus consecuencias en la cavidad bucal, específicamente en los tejidos periodontales
- Fomentar en los internos la aplicación correcta de técnicas de higiene oral
- Reducir el número de enfermedades periodontales de los internos de la clínica de rehabilitación de alcohólicos “Volver a vivir” de la ciudad de Manta.
- Incentivar a los pacientes para que acudan a la consulta permanente odontológica para la realización de los tratamientos necesarios.

5.7. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Consiste en desarrollar charlas educativas dirigidas a los pacientes alcohólicos y personal de trabajo como médico, psicólogo, odontólogo, con la finalidad de que se incentiven cambios en la salud bucal de los pacientes y así contribuir a la disminución de alteraciones bucales especialmente a nivel de los tejidos periodontales

Para lograr la ejecución de esta propuesta necesitaremos varios recursos, como elaboración y entrega de trípticos educativos los cuales deben contener puntos relacionados con el alcoholismo, consecuencias del alcohol en la salud bucal, enfermedades en los tejidos orales por el consumo excesivo del alcohol, salud bucal y técnicas de cepillado, los cuales sirven como guía didáctica para los involucrados.

5.8. BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS DIRECTOS: Los pacientes de la clínica de rehabilitación alcohólicos anónimos “Volver a vivir” de la Ciudad de Manta, los cuales tendrán nuevos conocimientos y mejores métodos para mantener una buena salud bucal.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS: Lo conforman el personal de trabajo de la clínica, ya que ellos también recibirán información sobre el manejo de la enfermedad periodontal.

5.9. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de esta propuesta, se consideran tres etapas:

Primera etapa: Socialización de la propuesta con el director de la clínica “Volver a vivir” para dar a conocer el proyecto.

Segunda etapa: Charlas educativas a los pacientes y personal que labora en la institución, cuyos temas son: enfermedad periodontal, complicaciones de los tejidos periodontales por el consumo excesivo de alcohol, salud bucal, y hábitos de higiene bucal.

Entrega del material de información mediante gigantografías y trípticos.

Tercera etapa: Se realizará después de tres meses un seguimiento por el odontólogo que allí labora, a los pacientes para verificar si han captado los conocimientos adquiridos a través de las charlas y las réplicas por parte del personal.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO				
	1	2	3	4	5
Reunión con el director del centro de rehabilitación “volver a vivir” Lcdo. Ramón Cedeño Duarte.	X				
Elaboración de un cronograma de trabajo.		X			
Charlas a los pacientes sobre el alcoholismo y consecuencias del alcoholismo en la cavidad bucal.			X		
Charlas a los pacientes sobre enfermedades en los tejidos orales por el consumo excesivo del alcohol, salud bucal y técnicas de cepillado.				X	
Entrega de gigantografía y trípticos que contienen información sobre las consecuencias del consumo de alcohol y el mejoramiento de la salud bucal de los pacientes de la clínica de rehabilitación “Volver a vivir”.				X	

5.10. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
Trípticos	102	\$ 0.30	\$ 30.60	AUTORES
Gigantografía	1	\$ 22.00	\$ 22.00	AUTORES
Copias de trípticos	102	\$ 0.2	\$ 20.40	AUTORES
Subtotal	-----	-----	\$ 73.00	AUTORES
Imprevistos	-----	-----	\$ 11.50	AUTORES
Total	-----	-----	\$ 84.50	AUTORES

5.11. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible ya que se cuenta con la predisposición del director de la clínica de rehabilitación alcohólicos anónimos “volver a vivir”, personal de trabajo como odontólogo, médico y psicólogo los cuales ayudaran a la réplica de los conocimientos otorgados y servirá como un apoyo para los pacientes, y los internos que pertenecen a este centro de rehabilitación, los cuales se comprometen a seguir las instrucciones recomendadas para poder mejorar su higiene oral.

5.12. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La propuesta fue financiada en su totalidad por los autores de la investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Artemio, B. Fernández, R. (2004). Botellón un conflicto postmoderno. España – Barcelona: Editorial Icaria.
2. Barbará, S. (2006). Sistema de clasificación multiaxial. Undécima edición, México: Editorial Mexicana.
3. Brau, J. (1973). Historia de las drogas. Cuarta edición, Editorial Bruguera.
4. Bascones, A. (2009). *Periodoncia* Clínica e implanto logia oral. Barcelona-España: Editorial Avances.
5. Bador, T. Caetano, R. Caswell, S. Edwards, G. Grahan, k. Grube, J. Hill, I. Holder, H. Homel, R. (2010). El alcohol un producto de consume no ordinario. Tercera edición, Editorial Panamericana de la salud.
6. Barrancos. M, Barrancos, P. (2008). Operatoria Dental. Tercera edición, Argentina-Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
7. Bertolucci, E. (2007). Atlas de Periodoncia. Madrid: Editorial Ripano.
8. Carranza, F. (2010). Periodontología Clínica. México: Editorial Elsevier.
9. Carranza, F. (2005). Periodontología Clínica. Edición novena, Editorial Mexicana.
10. Chover. A, (2008). Medicina Orto molecular. España: Editorial Club universitario.
11. Eley. B, Soory. M, Manson, J. (2012). Periodoncia. España. Barcelona: Editorial Elseveer

12. Elizondo, Cid. (2006). Principios Básicos de salud: primera parte. Tercera Edición, México: Editorial Umusa.
13. Enrille .F, Fuenmayor. V, (2009). Manual de higiene Bucal, Editorial Médica Panamericana
14. Gil, A. (2010). Tratado de Nutrición Tomo II. Edición Segunda. España: Editorial Médica Panamericana.
15. Gutiérrez. E, Iglesias. P. (2009). Técnicas de ayuda odontológica – estomatológica, España: Editorial Editex
16. Manuel, R. (1995). toxicología avanzada. Cuarta edición, Editorial Díaz de Santos.
17. Maisto, S. Connors, G. Dearing, R. (2008). Trastornos por consumo de alcohol. México: Editorial El Manual Moderno.
18. Mendoza, N. (2008). Farmacología Médica, Editorial Médica Panamericana.
19. Monés. J, (2010). Enfermedades del hígado y el páncreas. Barcelona: Editorial Amat.
20. Navarro, C. (2008). Cirugía Oral. España: Editorial Aran.
21. Negroni, M. (2009). Microbiología Estomatológica. España: Editorial Panamericana.
22. Lindhe, J. Lang, N. Karring, T. (2009). Periodontología Clínica e implantología Odontológica. España: Editorial Médica Panamericana.

23. Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, J. Lizasain, I. (2009). Drogodependencias. Tercera Edición, Editorial Médica Panamericana.
24. Ortiz, A. Alonso, I. Ubis, A. Riz, M. (2011). Adicciones. España Barcelona: Editorial Masson.
25. Palma, A. Sánchez, F. (2007). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica, España-Madrid: Editorial Paraninfo.
26. Quesada, L, Hernández, L. (2009). Drogodependencias. Tercera Edición, España: Editorial Médica Panamericana.
27. Raspall, G. (2007). Cirugía oral e implantología. España: Editorial Médica Panamericana.
28. SEPA. (2005). Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. España: Editorial Médica Panamericana.
29. Vélez, H. Rojas, W. Borrero, J. Restrepo, J. (2004). Fundamentos de medicina: Psiquiatría, Cuarta Edición, Colombia: Editorial CIB.
30. Valleur, M. Matysiak, J. (2005). Las nuevas adicciones del siglo XXI. Tercera edición, Editorial Paidós Ibérica.
31. Velayos, V. (2009). Anatomía de la cabeza para odontólogos. España: Editorial Médica Panamericana.
32. Villafranca, F. Fernández, M. García, A. Hernández, I. López, I. Perillán, C. Díaz, B. Pardo, B. Álvarez, C. Alfonso, N. Mansilla, O & Cobo, M. manual del técnico superior en higiene bucodental .Madrid, (2005). p.367

33. Washton, A. Zweben, J. (2008). Tratamiento de problemas de alcohol y drogas en la práctica terapéutica. México: Editorial El Manual Moderno.
34. Wolf, H. Hassel, T. (2009). Atlas a color de Periodontología. Colombia: Editorial Amolca.

BIBLIOGRAFÍA EN LA WEB

35. Alvarado, E. contreras, D. Manríquez, J. Sáez, G. Grupo Alcohol y Drogas Recuperado de <http://alcoholhydroga.blogspot.com/2007/12/tipos-de-alcoholismo-y-clases-de.html>
36. Dr. Tango. Medline Plus. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000507.htm>
37. Bello, Virginia. Centro Aupa. Recuperado de <http://www.mimandote.com/foros/nutricion-dietas/temas/43056-que-hacer-alcoholismo-moderado>
38. Morales, Raúl. Recuperado de http://www.reporterosenlared.com/?laNotaID=25884&la_categoria=9
39. Armas, M. Franco, K. Gil, M. bello, M. Gonzales, M. Figuera, I & carriaco, J. Periodoncia. (2009). Recuperado de http://www.slideshare.net/isabel_f21/indices-ms-utilizados-en-periodoncia#btnNext
40. Laboratorio 4 Bioquimiodonto. Recuperado de wordpress.com/2010/09/23/Practica/4-2

Anexos

Anexos 1

ÁRBOL DEL PROBLEMA

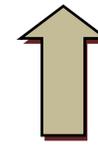
EFFECTOS

CANTIDAD DE FLUJO SALIVAL

AUMENTO DE PLACA BACTERIANA

SANGRADO GINGIVAL

ENFERMEDAD PERIODONTAL



PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES ALCOHÓLICO

CAUSAS



GRADO DE ALCOHOLISMO

HIGIENE ORAL INADECUADO

DÉFICIT DE ÁCIDO ASCÓRBICO

INFLAMACIÓN DE LA MUCOSA ORAL

PRESUPUESTO

N. RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Fotocopia	500	0.03	15.00
Materiales de oficina	15	10	150.00
Caja de Mascarillas	2	4.0	8.00
Caja de Guantes	3	6	18.00
Viáticos	30	5	180.00
Instrumento de periodoncia: Sondas	10	22	220.00
Instrumentos de diagnostico	20	2	40.00
Exámenes Clínicos	102	9,0	918.00
Empastados	5	8,0	40.00
Anillados	5	2,0	10.00
Internet	30	1,0	30.00
		SUBTOTAL	1,479.15
		10%	1,47.92
		TOTAL	1,627.07

CRONOGRAMA

Id	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	012															
					Semestre 1, 2013							Semestre 2, 2013								
					S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	ELABORACIÓN DEL INFORME DE TRABAJO DE GRADUACIÓN	131 días	lun 01/10/12	sáb 16/03/13	[Barra de actividad]															
2	RECOPIACION DE LA INFORMACION BIBLIOGRÁFICA	19 días	lun 01/10/12	jue 25/10/12	[Icono de usuario]															
3	Recopilación de textos acordes con el tema investigado	6 días	lun 01/10/12	lun 08/10/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
4	Selección de la información bibliográfica	10 días	mar 09/10/12	lun 22/10/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
5	Depuración de los contenidos	3 días	mar 23/10/12	jue 25/10/12	[Icono de usuario: Director de Tesis]															
6	REDACCION DEL MARCO TEORICO	17 días	vie 26/10/12	lun 19/11/12	[Icono de usuario]															
7	Redacción del Marco Teórico	14 días	vie 26/10/12	mié 14/11/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
8	Correcciones del Marco Teórico	3 días	jue 15/11/12	lun 19/11/12	[Icono de usuario: Director de Tesis]															
9	APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	22 días	mar 20/11/12	mié 19/12/12	[Icono de usuario]															
10	Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día	mar 20/11/12	mar 20/11/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
11	Aplicación de las encuestas	10 días	mié 21/11/12	mar 04/12/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
12	Aplicación de la observación	11 días	mié 05/12/12	mié 19/12/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
13	TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	9 días	jue 20/12/12	sáb 29/12/12	[Icono de usuario]															
14	Tabulación de los resultados	2 días	jue 20/12/12	vie 21/12/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
15	Graficación estadística de la información	3 días	sáb 22/12/12	mar 25/12/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
16	Análisis e interpretación de los resultados	3 días	mié 26/12/12	vie 28/12/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
17	Evaluación del alcance de los objetivos específicos	1 día	sáb 29/12/12	sáb 29/12/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
18	REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES	2 días	dom 30/12/12	lun 31/12/12	[Icono de usuario]															
19	Redacción de las Conclusiones	2 días	dom 30/12/12	lun 31/12/12	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
20	DISEÑO DE LA PROPUESTA	5 días	mar 01/01/13	sáb 05/01/13	[Icono de usuario]															
21	Planificación de la propuesta	2 días	mar 01/01/13	mié 02/01/13	[Icono de usuario: Autores de tesis]															
22	Elaboración de la propuesta	2 días	jue 03/01/13	vie 04/01/13	[Icono de usuario: Tutor de tesis]															
23	Corección del Diseño de la propuesta	1 día	sáb 05/01/13	sáb 05/01/13	[Icono de usuario]															
24	REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	5 días	dom 06/01/13	jue 10/01/13	[Icono de usuario]															
25	Redacción del borrador del informe	5 días	dom 06/01/13	jue 10/01/13	[Icono de usuario: Tutor de tesis; Autores de tesis]															
26	CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL	13 días	sáb 12/01/13	dom 27/01/13	[Icono de usuario]															
27	Presentación del borrador del informe para correcciones	1 día	sáb 12/01/13	sáb 12/01/13	[Icono de usuario: Autores de tesis]															

Anexos 2



Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE PERIODONCIA



HISTORIA CLÍNICA N° _____

CUESTIONARIO DE SALUD QUE DEBE SER CONTESTADO POR EL PACIENTE:

FECHA: _____
 NOMBRE: _____ DIRECCIÓN: _____
 TELÉFONO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 TALLA: _____ PESO: _____ OCUPACIÓN: _____
 ESTADO CIVIL: _____ ORIGEN: _____
 PROCEDENCIA: _____

Si este cuestionario está siendo respondido por una persona diferente al paciente, indique las razones y su relación con este: _____

POR FAVOR CONTESTE CADA PREGUNTA

ENCIERRE EN UN CIRCULO

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿ Ha sido paciente en un Hospital durante los últimos dos años? | SI | NO |
| 2. ¿ Ha estado bajo tratamiento médico durante los dos últimos años? | SI | NO |
| 3. ¿ Ha tomado alguna droga o medicina el último año? | SI | NO |
| 4. ¿ Es usted alérgico a algún medicamento o sustancia? | SI | NO |
| 5. ¿ Ha tenido alguna hemorragia excesiva que requirió tratamiento? | SI | NO |
| 6. Si ha tenido alguna de las siguientes enfermedades márquelas: | | |

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Molestias Cardíacas Leves | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Lesiones congénitas cardíacas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Soplos en el corazón | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Enfermed. De Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Infarto Cardíaco | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Ulcera | <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias | <input type="checkbox"/> Usa "Drogas" |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón | <input type="checkbox"/> Alcoholismo |
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--------------------------------------|----|----|
| 7. (MUJERES) ¿Está usted embarazada? | SI | NO |
| 8. ¿Ha tenido otra enfermedad? | SI | NO |
| ¿Cuál? _____ | | |

DOY FE DE LA VERACIDAD DE ESTA INFORMACIÓN

 Firma Paciente
 N° C.I.

 Firma del Alumno

 Firma Docente

FICHA PERIODONTAL

HISTORIA CLINICA N°

D	P. DE SONDAJE						FURCACIÓN	MOVILIDAD	NIVEL DE INSERCIÓN	ENCIÓN INSERTADA	I. CÁLCULO	I. PLACA
	M	V	D	M	L	D						
18												
17												
16												
15												
14												
13												
12												
11												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
38												
37												
36												
35												
34												
33												
32												
31												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												

PORCENTAJE DE INDICE GINGIVAL Y DE PLACA

FECHA

ACTIVIDAD

- HISTORIA CLÍNICA
- SONDAJE
- SERIE RADIOGRÁFICA
- PROFILAXIS
- 1º CUADRANTE SUPERIOR
- 2º CUADRANTE SUPERIOR
- 3º CUADRANTE INFERIOR
- 4º CUADRANTE INFERIOR

FIRMA

Se les comunica a los señores estudiantes que deben verificar las Firmas de cada actividad



Universidad San Gregorio de Portoviejo
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
Clínica de Periodoncia



FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

DIAGNÓSTICO	11	12	13	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	26	27	28
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

DIAGNÓSTICO	31	32	33	34	35	36	37	38	41	42	43	44	45	46	47	48
Gingivitis																
Periodontitis 1																
Periodontitis 2																
Periodontitis 3																
Pronost. Indiv.																

PRONÓSTICO / OBSERVACIONES: _____

PRECAUCIONES: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____



**UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO**

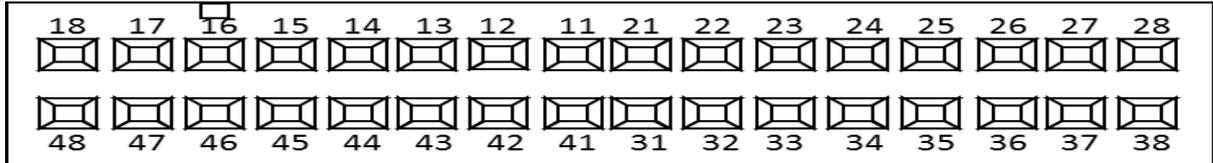
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FICHA CLÍNICA

NOMBRE: **EDAD:** **SEXO:** M - F

FECHA DE EVALUACIÓN: **ESTADO CIVIL:**

EXPLORACIÓN CLÍNICA



	Grado I	Grado II	Grado III	
MOVILIDAD				
	0	1	2	3
ÍNDICE GINGIVAL				

HALLAZGOS CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL		
	SI	NO
Sangrado Espontáneo		
Sangrado al sondaje		
Papila inflamada		
Recesión gingival		

PIEZAS DENTALES	PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3
16 17 55		
11 21 51		
26 27 65		
36 37 75		
31 41 71		
46 47 85		
TOTALES		

PLACA			
0= Sin materia	1= Cubre hasta 1/3	2= Cubre más 1/3	3= Cubre más 2/3
CALCULO			
0= Sin cálculo	1= Cubre 1/3 o menos	2= Cubre 1/3 a 2/3	3= Cubre más de 2/3

CARACTERÍSTICAS DE LA ENCÍA				
COLOR	R. Cálida	R. Pálida	Granate	
FORMA	Collar	Col	Pirámide	
TEXTURA	Liso	Puntiforme	Laxa	
CONTOR NO GINGIVAL	Agrandada	Inflamada		



Universidad San Gregorio de Portoviejo

Facultad de Odontología

Ficha de observación y matriz recolectora de datos para determinar el cepillado dental, sangrado al cepillo y correcto uso del hilo dental

N.	Edad	Cepillado Correcto		Sangrado durante el cepillado		Uso correcto del Hilo Dental	
		Si	No	Si	No	Si	No
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							



UNIVERSIDAD
SAN GREGORIO
DE PORTOVIEJO

**FICHA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DE
REHABILITACIÓN "VOLVER A VIVIR". DE MANTA**

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

FECHA:

	VALORES DE REFERENCIA DE LA PRUEBA DE SALIVA NO ESTIMULADA			
	NORMAL	BAJO	MUY BAJO	RESULTADOS
MÁS DE 0.25				
0.1-0.25				
MENOR A 0.1				



**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES ALCOHÓLICOS DE LA CLINICA
DE REHABILITACION “VOLVER A VIVIR” DE MANTA**

AUTORES: Alberto Cadena García. - Silvia Mejía Ochoa.

- El presente cuestionario es para contribuir en la investigación de una tesis de grado para Odontólogos, por lo tanto se requiere de respuestas serias y acertadas.
- Para responder las siguientes preguntas deberá escribir una x dentro de uno de los paréntesis que observa en las alternativas para escoger su respuesta.

Nombre:

Edad:

1.- ¿Al beber alcohol usted tiene los siguientes síntomas?

- A) Deseo intenso de seguir consumiendo alcohol ()
B) Dificultad para controlar el impulso de beber ()
C) Necesita consumir cantidades altas de alcohol ()

2.¿ Cual de los siguientes problemas de salud a presentado usted a causa del consumo de alcohol ?

- A) Problema de hígado ()
B) Problema de riñón ()
C) Problema pancreáticos ()
D) Problema pulmonares ()
E) No presenta ()

3.- ¿Qué clase de alcohol usted ingería?

- A) Aguardiente de currincho ()
B) Cerveza ()
C) whisky ()

4.- ¿Puede controlar el consumo de alcohol?

- A) Siempre ()
B) A veces ()

C) Nunca ()

5. ¿El consumo excesivo de alcohol le ha ocasionado problemas a nivel personal?

A) Si ()

B) No ()

6. ¿El consumo excesivo de alcohol le ha ocasionado problemas laborales?

A) Siempre ()

B) A veces ()

C) Nunca ()

7. ¿Cuál es el motivo más importante que usted tenía para ingerir alcohol?

A) Aburrimiento de la pareja ()

B) Decepciones de pareja ()

C) Tener placer mediante el sabor ()

D) Por sentirse feliz ()

8. ¿Cuándo consumía alcohol usted disminuía la ingesta de alimento?

A) Siempre ()

B) A veces ()

C) Nunca ()

9. ¿Perdió peso cuando bebía alcohol?

A) Si ()

B) No ()

10. ¿ Cuántas botellas de licor usted consumía diario?

A) 2 – 5 botellas (Pequeñas contiene medio litros) ()

B) 5 o más botellas (pequeñas medio litros) ()

C) 2 – 5 botellas botellas (grandes $\frac{3}{4}$ litros) ()

D) 5 o más botellas (grandes $\frac{3}{4}$ litros) ()

11. ¿ Se considera usted un alcohólico?

A) Si ()

B) No ()

12. ¿Cuánto tiempo llevaba usted consumiendo alcohol?

A) 1 a 2 años ()

B) 3 a 5 años ()

C) 5 o más ()

13.- ¿Cuántas veces usted se cepilla sus dientes al día?

- A) Una vez al día ()
- B) Dos veces al día ()
- C) Tres veces al día ()
- D) Cuando se acuerda ()
- E) Nunca ()

14.- ¿Utilizaba usted en su cepillado diario?

- A) Cepillo + agua ()
- B) Cepillo + pasta ()
- C) Cepillo + pasta + hilo ()
- D) Cepillo + pasta + hilo + enjuague ()
- E) Ninguno ()

15.- ¿Ha recibido charlas de higiene oral?

- A) Si ()
- B) No ()

16.- ¿Su encía sangra al momento de cepillarte los dientes?

- A) Siempre ()
- B) Poco ()
- D) No presenta ()

17.- ¿Cuántas veces al año cambia los cepillos dentales?

- A) 1 años ()
- B) 2 años ()
- C) + de 3 años ()
- D) Nunca ()

LABORATORIO CLÍNICO "DELTA"

MORALES ENTRE PEDRO GUAL Y 10 DE AGOSTO
ALTOS NOVEDADES LETICIA
TELF: 2 631 – 165 CEL: 0985192508

DETERMINACIÓN DE ÁCIDO ASCÓRBICO EN SANGRE

PACIENTES #	RESULTADOS	
	BAJO	NORMAL
1	0.30	
2	0.30	
3		0.47
4		0.52
5	0.30	
6		0.67
7		0.71
8		0.54
9	0.27	
10		0.48
11		1.10
12		1.21
13		0.48
14		0.71
15		0.68
16	0.30	
17		1.31
18		1.18
19		0.72
20	0.29	
21	0.28	
22	0.30	
23		0.64
24		0.47
25		1.41
26	0.40	
27	0.27	
28		1.48
29	0.30	
30		0.47
31		0.56
32	0.28	
33		0.68
34	0.30	
35		0.53
36		0.78

LABORATORIO CLÍNICO " DELTA "

MORALES ENTRE PEDRO GUAL Y 10 DE AGOSTO
ALTOS NOVEDADES LETICIA
TELF: 2 631 – 165 CEL: 0985192508

DETERMINACIÓN DE ÁCIDO ASCÓRBICO EN SANGRE

PACIENTES #	RESULTADOS	
	BAJO	NORMAL
37		0.70
38	0.26	
39		0.82
40		0.45
41	0.30	
42	0.30	
43		0.42
44	0.30	
45		0.57
46		1.26
47	0.30	
48	0.24	
49		1.30
50	0.30	
51		1.15
52	0.37	
53	0.26	
54		0.44
55	0.34	
56		0.53
57		0.67
58		0.78
59		0.72
60	0.24	
61		1.16
62	0.25	
63	0.3	
64		1.31
65	0.30	
66		0.75
67		0.82
68		0.91
69	0.30	
70	0.30	
71		0.60
72		0.49

LABORATORIO CLÍNICO “ DELTA ”

MORALES ENTRE PEDRO GUAL Y 10 DE AGOSTO
ALTOS NOVEDADES LETICIA
TELF: 2 631 – 165 CEL: 0985192508

DETERMINACIÓN DE ÁCIDO ASCÓRBICO EN SANGRE

PACIENTES #	RESULTADOS	
	BAJO	NORMAL
73		0.45
74		0.48
75		1.15
76		1.13
77	0.28	
78	0.30	
79		1.48
80		1.30
81	0.31	
82		0.88
83		0.48
84		0.52
85	0.25	
86		0.47
87		0.86
88		0.49
89	0.30	
90	0.30	
91		1.17
92		1.22
93		0.91
94	0.24	
95		0.71
96		0.64
97	0.38	
98		0.51
99	0.30	
100	0.30	
101		1.17
102		0.81

LABORATORIO CLÍNICO "DELTA"

MORALES ENTRE PEDRO GUAL Y 10 DE AGOSTO
ALTOS NOVEDADES LETICIA
TELF: 2 631 - 165 CEL: 0985192508

DETERMINACIÓN DE ÁCIDO ASCÓRBICO EN SANGRE

VALORES DE REFERENCIA	
NORMAL: 0.40 – 1.50 mg/dl	BAJO: 0.20 – 0.40 mg/dl
BAJO: Total: 39	NORMALES: 63
Total de pacientes: 102	<i>Lcdo. Tomás C. Zambrano</i> LABORATORISTA MAT. 01. 361. 4091 Lcdo. Tomas Zambrano Zamora GERENTE PROPIETARIO

CONDENSADO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

H. Clínica	FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO								ENFERMEDAD PERIODONTAL	
	GINGIVITIS				PERIODONTITIS				G	P
	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	11,12,13	21,22,23,25	31,32,33,35,37	41,42,43,44,	14,15,16,17	26,27	34,36	45,46	X	
2	11,12,13,14	21,24,25,27	31,32,33,37	41,42,43	15,16,17	22,23,26,28	34,36	44,45,46	X	
3	11,18	21,22,23,24,28		43,44,45	12,13,14,17	25,27	31,32,33,34,35,36,37	41,42,46		X
4	13,16	23,25,27	31,34,36	41,44,45	11,12,14,15,17	21,22,24,26	32,33,35,37	42,43,46,47		X
5	11,12,13,15	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,36	41,42,43,44,45,46	14,17		35	47	X	
6				41	14	26	31,32,33,35	42,43,45		X
7			32	42,44	16,17	27	31,33,34,35	41		X
8	11,12,13,15,17	21,22,23,24	31,36,37	41,42,43,45	14	25,26,27	32,33,38	44,46,47,48	X	
9	11,12,13	21,22,23,24,25	31,32,33,38	41,42,43,44,48	14,15,16,17	26,27	34,35,37	45,46,47	X	
10	12	21,22	31,32	42	11,13,14,15,16,17	23,24,25,26,27	33,34,37	41,43,44,45,47		X
11	13,15	23,25	32,33,34	41	17		31,35	43,44	X	
12	13				14,15	27,28	33			X
13	11,12,13,	21	31,32,33,34,38	41,42,43,44,45	14,15,18	22,23,24,25	35		X	
14	11,12,13,14,15,17	21,22,23,24,25,27	31,32,33,34,35,36,37	41,44,45,47				42,43,46	X	
15	11,12	21,23	31,32,33	41,42,43	13,14,16	22,24,25,26	34,36	45,46	X	
16	11,12	21,22	31,32,33	41	13,15,17	23,25	34,36	42,43,44		X
17	11,12,13,14,16,17	21,22,24	32,33,36	41,42,43,45		23,26,27	31,35,37	46,47	X	
18				41	11,13,15	23,26	31,33	43,45		X
19	11,12,13,	21,22,23,24	31,32,33	41,43	14,16	26	34	42,44	X	
20	12	21,22	33		11,13,17	23	31,34	41,43,44,46		X

21	11,12,13,15,16	21,22,23,25	31,32,33,36	41,42,45	14	24,26	34,35	43,44,46	X	
22	11,12,13,14	21,22,23,26	31,32,33	41,42,43,45	15	24,25	34,35,36	44,46	X	
23	11,12,13	21,22,23,26	31,32,33,34	41,42,43	14,15,17	24,25	35,36	44,46	X	
24	11,12,14,15,16,17	21,23,24	31,32,33,34,35,	41,43,44,45,46	13	22,25,26,27	36,37	42,47	X	
25	11,13	22,24	32,34	41,43	12,14,15	21,23,25	31,33,35	42,44,45		X
26	12	22,24	31,32,34	43	11,13,16,17	21,23,25	33,35,36	41,42,45		X
27	11,12		34	44	13,14,15	21,22,23,26	31,33,35	41,42,43,45,47		X
28	11,12,13	21,22,23,25	31,32	41,42,43	14,15	24	33,34	44	X	
29	11,12,13	21,22,23,24	31,33,34,35	41,43	16		32	42,44,46	X	
30	11	21,22,24	34	43	12,13,16	23,25	31,32,33,35,37	41,42,44		X
31	11,12,13,14,15	21,22,23,24,25	31,33,34,35,36	41,42,43,44,45,46			32		X	
32			31,33,36,37	41,42,43,44	11,12,13,14,16,17	21,22,23,24,25,26,27	32,34,35	46		X
33	12,13	21,22,23	31,32	41,42,43	11,14,15,16	24,25,26	33,34,36	44,46		X
34	11,12	24	31	41,42	13,14,17	21,22,23,26	32,33,34	43,47		X
35	11,13	21,22	31	41,42	12,14,15,17	23,24	32,33,34	43,44,46		X
36	11,12,13	21,22,23	31,32,35	41,42,43,45	14,15,16,17	24,25,26,27	33,34,36,37	44,46,47		X
37	11,12,13,14,15,17	21,22,23,25,27	33,34	43,44			31,32,35,36,37	41,42,45,47	X	
38	11,12,13,15,16	21,22,23	32,33,34			27		41	X	
39	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,33,34,35,36,37,38	41,42,43,44,45,46					X	
40	11,12,13,15,	21,22,23	32,33,34	41,42,43	14,17	24,25,27	37	44,45,47	X	
41	11,12,15	21,22	31,32,33	41,42,43	13,14,16,17	23,24,25,26,27,28	34,35,36,37,38	44,45,46,47		X
42	11,12,13,14,15	21,22,23,24,25,26,27	33,34,35	41,42,43,44	16,17		31,32,36,37	45,47,48	X	
43	11,12,13	21,22,23	32,33	42,43	14,15,16,17	24,25,26,27	34,35	44,45		X
44	11	21,23	31,35	41,43,44	12,13,14,16	22,25,26	32,33,34,37	42,45,46		X
45	13,14	21,22,23		41	16	27	31,32,33	42,43	X	
46	11,12,16,17	21,22,24	31,32,33	41,42,44	13,14,15	23,25,26,27	34,35	43,47	X	

H. Clínica	FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO								ENFERMEDAD PERIODONTAL	
	GINGIVITIS				PERIODONTITIS					
	1	2	3	4	1	2	3	4	G	P
47	12		31,32	41,42,43,48	14,15,17	26,27,28	33,34,35	44,45		X
48	11,12,13,14,15,16	21,22,23,24,25	31,32,33,37	41,42,43,44,45	17	27	34,35	46	X	
49	11,12,13	21,22		42	14,15,16,17	23,24,25	33,34,35,36	43,44,46		X
50	11,12,14,15,16	21,22,24,25,27,28	31,32,33,34,35,37	41,42,44,45	13,17	23,26	36	43,47	X	
51	11,12,13,16,17	21,22,25,27,28	31,32,33,34,35,36,38	41,42,43,44,45,47,48					X	
52	11,12,13,14,15,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,37	41,42,43,44,45,46,			36		X	
53	11,12,14,15	21,22,23,24,26,27	31,32,33	41,42,44			34,35,36	46	X	
54	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,37,38	41,42,43,44,45,46					X	
55	12	21,22,23	31,32,34,35,36,37	41	13,14,15,16,17	24,27,28	33	43,44,46,47		X
56	11,12,13	21,22,23	31,32,34,35,38	41,42	14,15,16,17	24,25,26,27,28	33,36,37	43,44,45,46,47		X
57	11,12,13,14,15,16,17,18	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,33,34,35,36,37,38	41,42,43,44,45,46,47					X	
58	12,13,18	21,22	31,32	42,44	11,14,15,17	23,24,26,27	33	41,43		X
59	11,12,13,14,15,16	21,22,24,25,27	32,33,34,35,36,37	42,43,45,47		23		46	X	
60	15	21,22	31,32,34,35	41,42	17,18	23,25,27,28	33,37	44,45		X
61	11,12,13,14,15,16,	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,33,35,36,38	41,42,43,44,45,47	17		37		X	
62	11,12	21,22	31,32	41,42	13,14,15,18	23,24,25,26,27,28	37	43,44,45		X
63	11,12,16	21,22,24,25,26,27,28	31,32,33,34,35,38	41,42,43,44,45,46,47	13,17	23			X	
64	11,12,13,14,15,17	21,22,24,25,27	31,32,33,35	41,42,47		23	38	43	X	
65	11,12	21,22	31,32,33	41,42,43	13,14,15,16,17	23,24,25,26,27,28	34,35,36,37,38	44,45,46,47		X
66	11,12,13,14,15	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,33,34,35,36,37	41,42,44,45,46,48	16,17		38	43	X	
67	11,12	21,22	31,32	41	13,16	23,25	33,36,37	42,43,44		X

H. Clínica	FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO								ENFERMEDAD PERIODONTAL	
	GINGIVITIS				PERIODONTITIS					
	1	2	3	4	1	2	3	4	G	P
68	11,12	21,22	31,32,34,35,37,38	41,42,45,47	13,14,15,16,17	23,24,25,26,27,28	33,36	43,44,46		X
69			34	43,45	11,12,13,17	22,23,26,27	33,35	42,47		X
70		21,25	35	41,42,45	12,13,14	23,27	31,32,33,36	43		X
71	11,12,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27,28	31,32,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47,48	13		33		X	
72	11,12,13,14,15,16	21,22,23,24,25,27,28	31,32,33,34,35,37,38	41,42,45		26	36	47	X	
73	11,12,13,14,15,17	21,22,23,24,26,27,28	31,32,33,35,36,37,38	41,42,43,44,45,47					X	
74	11,12,13,14,15	21,22,23,24,25	31,32,33,34,35	41,42,43,44,45					X	
75	11,13	21,22,24	31,32	41,42	14,16	26			X	
76	11,12,13,14	21,22,23,25,26	31,32,33,34,35	41,42,44,45,46	16	24,27	36	47	X	
77	11,12,13,14,15	21,23,24,25	32,33,37	42,43,45,47	16,17	22,26,27	31,36,	41,46	X	
78	12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25	31,32,33,34,35,36,37	41,42,43,44,45,46,47	11	26,27			X	
79	11,12,13	21,22,23	31,32,33,35	41,42,43	14,16	24,25,27	37	46	X	
80	11,12,13,16,17	21,22,24,25,26	31,32,33,34,36,37	41,42,43,44,45	14,15	23,27	35	46,47	X	
81	11,12,13,14,16	21,22,23,24,25	31,32,33,35,37	41,42,43,44,45,46,47	15,17,18	26,27,28	34,36,38	48	X	
82	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,36,37,38	41,42,43,44,45,46,47					X	
83		25	31	41	15				X	
84	11,12,13	21,22,23	31,32,33	41,42,45	14,15,16,17	24,25,26,27	34,35,37	43,44,47		X
85	11,12,13,14	21,22	31,32	41	15,16,17	23,24,25,26,27	33,34,35,36,37	43,44,46,47		X
86	11,12,13	21,22,23	31,32,33	41,42,43	14,15,16,17	24,25,26,27	34,35,36,37	44,45,46,47		x
87	11,12,13,16	21,22,23,	31,32,33,	41,43,44	14,15,17	24,25,26,27	34,35,36,37	42,45,46,47	X	
88	11,12,13,14,15,16,17	21,22,23,24,25,26,27	31,32,33,34,35,38	41,42,43,44,45,46,47			37		X	

H. Clínica	FICHA DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO								ENFERMEDAD PERIODONTAL	
	GINGIVITIS				PERIODONTITIS					
	1	2	3	4	1	2	3	4	G	P
89	11	21	32	41,42		23	31,33,34,35	43,44,47		X
90	11,12,13,14,15	21,22,23,27	31,32,33,34	41,42,43,47	16,17	25,26	35,36,37	44,45,46	X	
91	11,12,13,14,15, 16,17	21,22,23,24,2 5,26,27	31,32,33,34,3 5,36,37	41,42,43,44,4 5,46,47					X	
92	11,12,13	22,25	31,32,34	41,42,43	14,15	21,23,24	33,35,36	44,45	X	
93	11,12,13	21,22,23	31,32,33	41,42,43	14,15,16,17	24,25,26,27	34,35,37	44,45,47		X
94	11	21,22	32	41,42	14,15,16,17	24,26,27	31,33,36,37	45		X
95	11,12,14,15,16,	21,22,23,24,2 5,26,28	31,32,33,34,3 5,37,38	41,42,43,44,4 5,46	13,17	27	36		X	
96	11,12,13,16,17	21,22,23,24,2 5,26,27	31,32,35	41,42,43,44,4 7			33,34	45	X	
97	11,12,13,14,15	21,22,23,24,2 6,27	31,32,33,34,3 5,36	41,42,44,45,4 7,48	16		37	43,46	X	
98	11,12	21,22	31,32	41	13,14,17	23,24,25,27	33,34,35,37	42,43,44,47		X
99	11,12	21,22	31	41,42	13,14,15,16	23,25	32,33,35,36	43,45		X
100	11,12,13,15	21,22,23,24,2 5	31,32,34	41,42	14,17	27	33,36	43,45,46	X	
101	11,12,13,14	21,23,25	31,32,	41,42,43,44	16	22,24,26,27	33,35	46,47	X	
102	11,12,14	21,22	31,32	41,42	15,17	23,24,25	33,35,37	43,45,46		X

Historia clínica	Deseo intenso de seguir consumiendo	Problemas de hígado y/o riñón	Puede controlar el consumo de alcohol		Le ha ocasionado problemas a nivel personal	Le ha ocasionado problemas a nivel laboral	Disminuía la ingesta de alimentos	Perdió peso cuando bebía alcohol	Consumía diario 2-5 o más botellas grandes ³ / ₄ litros	Moderado	Social	Excesivo
			Siempre	Nunca								
1	X	X	X		X	-	-	X	-	X		
2	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
3	X	X		X	X	X	X	X	X			X
4	X	X		X	X	X	X	X	X			X
5	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
6	X	X		X	X	X	X	X	X			X
7	X	X		X	X	X	X	X	X			X
8	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
9	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
10	X	X		X	X	X	X	X	X			X
11	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
12	X	X		X	X	X	X	X	X			X
13	X	X	X		-	-	X	-	-	X		
14	X	X	X		-	-	X	-	-	X		
15	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
16	X	X		X	X	X	X	X	X			X
17	X	X	X	X	-	-	X	-	-	X		
18	X	X		X	X	X	X	X	X			X
19	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
20	X	X		X	X	X	X	X	X			X
21	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
22	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
23	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
24	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
25	X	X		X	X	X	X	X	X			X

Historia clínica	Deseo intenso de seguir consumiendo	Problemas de hígado y/o riñón	Puede controlar el consumo de alcohol.		Le ha ocasionado problemas a nivel personal	Le ha ocasionado problemas a nivel laboral	Disminuía la ingesta de alimentos	Perdió peso cuando bebía alcohol	Consumía diario 2-5 o más botellas grandes ¾ litros	Moderado	Social	Excesivo
			Siempre	Nunca								
26	X	X		X	X	X	X	X	X			X
27	X	X		X	X	X	X	X	X			X
28	X	X	X		X	-	-	-	-	X		
29	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
30	X	X		X	X	X	X	X	X			X
31	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
32	X	X		X	X	X	X	X	X			X
33	X	X		X	X	X	X	X	X			X
34	X	X		X	X	X	X	X	X			X
35	X	X		X	X	X	X	X	X			X
36	X	X		X	X	X	X	X	X			X
37	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
38	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
39	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
40	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
41	X	X		X	X	X	X	X	X			X
42	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
43	X	X		X	X	X	X	X	X			X
44	X	X		X	X	X	X	X	X			X
45	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
46	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
47	X	X		X	X	X	X	X	X			X
48	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
49	X	X		X	X	X	X	X	X			X
50	X	X	X		X	-	X	-	-	X		

Historia clínica	Deseo intenso de seguir consumiendo	Problemas de hígado y/o riñón	Puede controlar el consumo de alcohol.		Le ha ocasionado problemas a nivel personal	Le ha ocasionado problemas a nivel laboral	Disminuía la ingesta de alimentos	Perdió peso cuando bebía alcohol	Consumía diario 2-5 o más botellas grandes ¾ litros	Moderado	Social	Excesivo
			Siempre	Nunca								
51	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
52	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
53	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
54	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
55	X	X		X	X	X	X	X	X			X
56	X	X		X	X	X	X	X	X			X
57	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
58	X	X		X	X	X	X	X	X			X
59	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
60	X	X		X	X	X	X	X	X			X
61	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
62	X	X		X	X	X	X	X	X			X
63	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
64	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
65	X	X		X	X	X	X	X	X			X
66	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
67	X	X		X	X	X	X	X	X			X
68	X	X		X	X	X	X	X	X			X
69	X	X		X	X	X	X	X	X			X
70	X	X		X	X	X	X	X	X			X
71	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
72	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
73	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
74	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
75	X	X	X		X	-	X	-	-	X		

Historia clínica	Deseo intenso de seguir consumiendo	Problemas de hígado y/o riñón	Puede controlar el consumo de alcohol.		Le ha ocasionado problemas a nivel personal	Le ha ocasionado problemas a nivel laboral	Disminuía la ingesta de alimentos	Perdió peso cuando bebía alcohol	Consumía diario 2-5 o más botellas grandes ³ / ₄ litros	Moderado	Social	Excesivo
			Siempre	Nunca								
76	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
77	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
78	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
79	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
80	X	X	X		X	-		-	-	X		
81	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
82	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
83	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
84	X	X		X	X	X	X	X	X			X
85	X	X		X	X	X	X	X	X			X
86	X	X		X	X	X	X	X	X			X
87	X	X	X		X	-	X	-	X	X		
88	X	X	X		X	-	X	-	X	X		
89	X	X		X	X	X	X	X	X			X
90	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
91	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
92	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
93	X	X		X	X	X	X	X	X			X
94	X	X		X	X	X	X	X	X			X
95	-	-	X	-	-	-	-	-	-		X	
96	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
97	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
98	X	X		X	X	X	X	X	X			X
99	X	X		X	X	X	X	X	X			X
100	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
101	X	X	X		X	-	X	-	-	X		
102	X	X		X	X	X	X	X	X			X

Anexos 3

D
I
O
S

N
O

E
S
C
U
C
H
A

L
A

V
O
Z

S
I
N
O

E
L

C
O
R
A
Z
O
N



CLÍNICA DE REHABILITACIÓN "VOLVER A VIVIR"

FUNDADA EL 10 DE ENERO DE 1996

PERMISO DEL CONSEP # 18 142 - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA N. 00217
MANTA MANABI ECUADOR

Manta, 4 de enero del 2013

Certificación

Yo Alberto Cadena García y Silvia Ochoa Mejía, mediante el siguiente documento luego de haber realizado mis encuestas, he planteado mi propuesta de brindar charlas a los pacientes alcohólicos de la Clínica de rehabilitación "Volver a vivir", debido al desconocimiento del alcoholismo y su relación con la enfermedad periodontal, mediante la elaboración de un banner educativo y la entrega de trípticos, para de esta manera así dar a conocer los daños que produce el alcohol en la salud de los pacientes de dicha Clínica.

Además me comprometo a entregar trípticos informativos para concienciar a los pacientes, y que ellos sean multiplicadores de la información que se les brinda.

Por la atención brindada me suscribo.


Alberto Cadena

Lcdo. Ramón Cedeño
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA
VOLVER A VIVIR

Lcdo. Ramón Cedeño
DIRECTOR


Silvia Ochoa

D
I
O
S

N
O

E
S
C
U
C
H
A

L
A

V
O
Z

S
I
N
O

E
L

C
O
R
A
Z
O
N



CLÍNICA DE REHABILITACIÓN “VOLVER A VIVIR”

FUNDADA EL 10 DE ENERO DE 1996

PERMISO DEL CONSEP # 18 142 - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA N. 00217
MANTA MANABI ECUADOR

Manta, 22 de enero del 2013

Certificación

Yo Lcdo. Ramón Cedeño Duarte director de la Clínica de Rehabilitación “Volver a vivir de la ciudad de Manta, mediante este documento dejo constancia de que los egresados de la Universidad San Gregorio de Portoviejo Alberto Cadena García y Silvia Ochoa Mejía, realizaron su investigación la misma que le servirá para obtener su título de Odontólogo

Por la atención dada me quedo muy agradecido como director de esta Clínica.

Lcdo. Ramón Cedeño
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA
VOLVER A VIVIR


Alberto Cadena

Lcdo. Ramón Cedeño
DIRECTOR


Silvia Ochoa

D
I
O
S

N
O

E
S
C
U
C
H
A

L
A

V
O
Z

S
I
N
O

E
L

C
O
R
A
Z
O
N



CLÍNICA DE REHABILITACIÓN "VOLVER A VIVIR"

FUNDADA EL 10 DE ENERO DE 1996

PERMISO DEL CONSEP # 18 142 - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA N. 00217
MANTA MANABI ECUADOR

Manta, 22 de enero del 2013

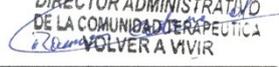
ACTA DE COMPROMISO

Con la finalidad de adquirir la responsabilidad de que se continúe con la implementación de plan de mejoramiento de la salud bucal ante los riesgos del alcohol en las encías de los pacientes alcohólicos de la Clínica de Rehabilitación "VOLVER A VIVIR", nos reunimos siendo las 9:00 am del día martes veintidós de enero del 2013, en la dirección Barrio la Paz siendo encargado el Lcdo. Ramón Cedeño Duarte director de la Clínica de rehabilitación "VOLVER A VIVIR", y los egresados de la carrera de Odontología de la Universidad San Gregorio de Portoviejo Alberto Cadena y Silvia Ochoa. Luego del análisis se procede suscribir la presente acta de compromiso con los siguientes términos:

1. Continuar con la propuesta realizada para incrementar la cultura preventiva oral acerca de los efectos del alcohol en la cavidad bucal de los pacientes alcohólicos de la Clínica de Rehabilitación "VOLVER A VIVIR".
2. Que se cumpla con el cronograma de charlas programada, durante este mes de Enero.
3. Las charlas se darán los días viernes de cada mes en un horario de 10 a 11 encargado por el Odontólogo de esta Clínica Stalin Geovanny Ponce Santana, utilizándose el material entregado por los egresados antes nombrados (trípticos, diapositivas en cd); sobre mejorar la salud bucal y los riesgos que provoca el alcohol en las encías.

Una vez leída la presente acta siendo aproximadamente las 10:00 am para constancia de lo actuado, se suscribe dejando firmeza de asumir los compromisos plasmados en la misma.


Alberto Cadena

Lcdo. Ramón Cedeño
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA
VOLVER A VIVIR

Lcdo. Ramón Cedeño
DIRECTOR


Silvia Ochoa

Anexos 4



FIGURA 1: ENFERMEDAD PERIODONTAL



FIGURA 2: GINGIVITIS



FIGURA 3: CÁLCULO DENTAL

Anexos 5

**FOTOS DE LA INVESTIGACION EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN “
VOLVER A VIVIR”**



ENTREGA DE DOCUMENTO, CON EL DIRECTOR LCDO. RAMÓN CEDEÑO D.



REALIZANDO EL DIAGNOSTICO PARA LA FICHA CLÍNICA



REALIZANDO EL SONDAJE



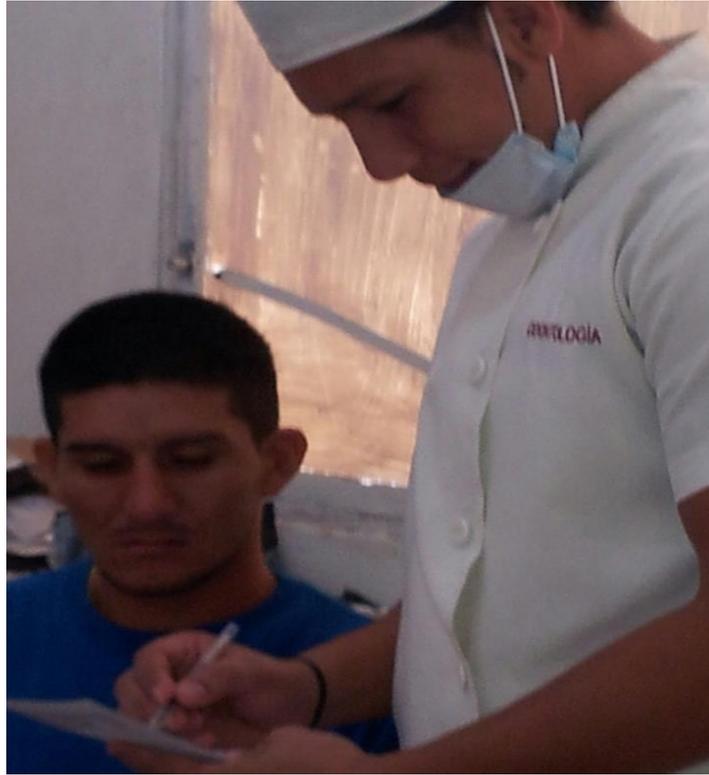
REALIZANDO LAS ENCUESTAS



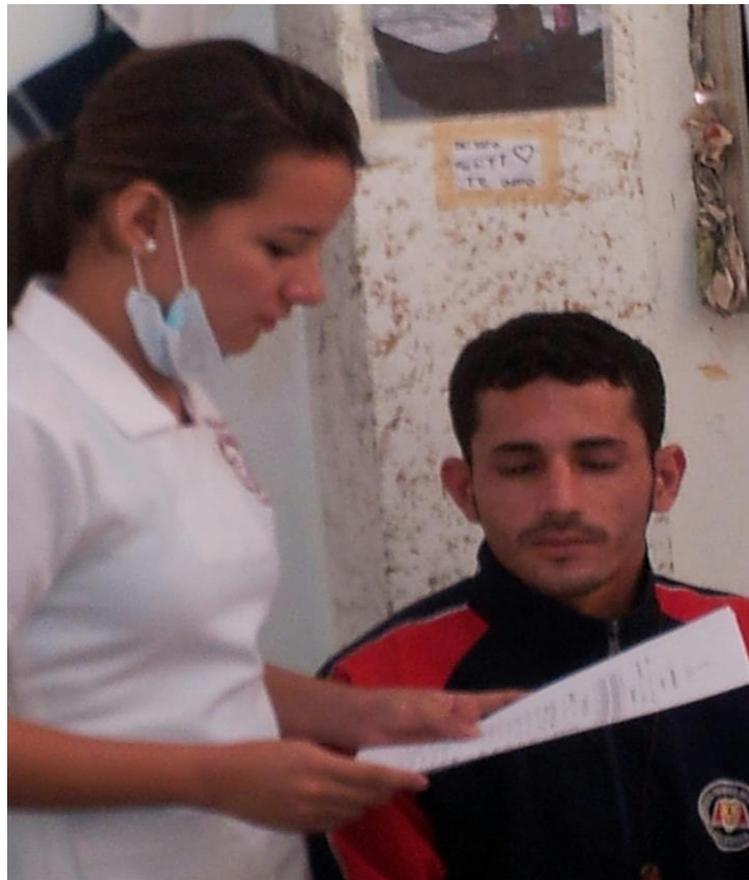
REALIZANDO LA PRUEBA DE SALIVA



MEDICIÓN DE LA SALIVA



REALIZANDO LA FICHA DE OBSERVACIÓN



REALIZANDO LA FICHA DE CEPILLADO



MATERIAL ENTREGADO EN LA PROPUESTA



BANNER EDUCATIVO



ENTREGA DE TRÍPTICOS INFORMATIVOS A LOS PACIENTES



CHARLAS EDUCATIVAS ACERCA DE LOS EFECTOS DEL ALCOHOL EN LA SALUD ORAL



FINALIZADA LA INVESTIGACIÓN