



UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE

ODONTOLÓGO

TEMA:

“MEDIDAS PREVENTIVAS Y SU RELACION CON LA SALUD BUCAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD DEL PABELLON “C” DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PERIODO DE MARZO A JULIO DEL 2009”.

AUTORES:

Arroyo Cobeña Ricardo Vicente

Rojas Villamil Mónica Juliana

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Ximena Guillén Vivas

Portoviejo - Manabí - Ecuador

2009



CERTIFICACION

Dra. Ximena Guillen Vivas, certifica que la tesis de investigación titulada:

**“MEDIDAS PREVENTIVAS Y SU RELACION CON LA SALUD BUCAL
DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD DEL PABELLÓN
“C” DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE BAHÍA DE
CARÁQUEZ PERIODO MARZO A JULIO DEL 2009”**

Es original de los Srs.: ARROYO COBEÑA RICARDO VICENTE Y
ROJAS VILLAMIL MONICA JULIANA la misma que ha sido realizada bajo
mi dirección.

.....
Dra. Ximena Guillen Vivas

DIRECTORA DE TESIS

**UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE
PORTOVIEJO**

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TEMA:

**“MEDIDAS PREVENTIVAS Y SU RELACION CON LA
SALUD BUCAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE SU
LIBERTAD DEL PABELLÓN “C” DEL CENTRO DE
REHABILITACIÓN DE BAHÍA DE CARAQUEZ PERIODO
MARZO A JULIO DEL 2009”**

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

Dra. Ángela Murillo A. Mg.SP
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Ximena Guillen V. Esp.Gs
DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Mónica Cabrera S. Mg.Sc
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dra. Bernardita Navarrete Mg.Gs
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Ramiro Molina Cedeño
SECRETARIO ACADEMICO

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por ser mi guía espiritual iluminándome y permitiendo que afloren mis conocimientos, a mis padres porque desde muy pequeña me enseñaron la importancia del estudio e inculcaron en mí los valores morales que hoy hacen posible que mi esfuerzo y sacrificio en el estudio y en esta investigación tengan los frutos añorados.

Por supuesto a mi hija Amy Juliana Cevallos Rojas que me ha dado las fuerzas para no decaer y continuar día a día luchando por mis objetivos a pesar de los obstáculos presentados.

Mónica Juliana

DEDICATORIA

Cada triunfo conlleva sacrificio, dedicación, esfuerzo y muchas otras virtudes que nos fortalecen como personas de bien. Estas virtudes se las adquiere de las personas que nos rodean y aportan diariamente ese impulso motivador que nos permite descubrir lo maravillosa que es la vida.

Dedico este trabajo a DIOS, por permitirme alcanzar este propósito; a mi madre, Maria Edita Cobeña Rodríguez, por brindarme todo su apoyo, su amor, cariño y consejos, con el cual me levantó cada día para seguir adelante.

A mi padre Vicente Arroyo Guerrero, quien con su ejemplo de vida me ha enseñado que la única manera de alcanzar la felicidad es trabajar por el bienestar de quienes amamos.

A mi familia, por la paciencia, y confianza que depositaron en mí, por permanecer a las expectativas de mis estudios. Gracias a todos ustedes que también forman parte de este triunfo.

Ricardo Vicente

AGRADECIMIENTO.

A Dios nuestro padre celestial que con su infinito amor nos acompaña en cada paso de nuestra vida.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo especialmente a la carrera de Odontología por instruir con excelencia, calidad y esfuerzo a jóvenes que buscan en ella superarse profesionalmente.

A la Dra. Ximena Guillen directora de tesis, quien con responsabilidad y sabios consejos supo guiarnos durante el desarrollo de la tesis.

A los profesores por compartir sus conocimientos y experiencias con nosotros, enseñándonos que quien estudia es un ser humano de éxito, que nada es imposible si lo deseamos con vehemencia y que nuestro triunfo será el de nuestros seres queridos.

A nuestros padres guías permanentes de nuestras vidas por permanecer a nuestro lado y confiar en nosotros.

Al Dr. Jimmy F. Valdez Odontólogo y al Ab. José Cevallos V, Director del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez, y a todo su cuerpo administrativo que nos abrieron las puertas para realizar este trabajo investigativo.

Y a nuestros compañeros por compartir largas horas de estudio y momentos inolvidables durante la vida universitaria.

A todos mil gracias.....

Mónica y Ricardo

INDICE GENERAL.

CERTIFICACION DEL DIRECTOR	pag.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INTRODUCCION	i
ANTECEDENTES	ii
CAPITULO I	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.	1
CAPITULO II	
Justificación	2
CAPITULO III	
Objetivos generales.	4
Objetivos específicos.	4
CAPITULO IV	
Hipótesis.	5

CAPITULO V

5.1 MARCO INSTITUCIONAL	6
5.2 SALUD BUCAL	7
5.2.1 CONCEPTO	7
5.2.2 IMPORTANCIA	7
5.2.3 ENFERMEDADES MÁS COMUNES DE LA CAVIDAD BUCAL	8
5.2.3.1 CARIES	8
5.2.3.1.1 CONCEPTO	8
5.2.3.1.2 METODOS DE DIAGNOSTICO DE CARIES	9
5.2.3.1.3 ETIOLOGIA	10
5.2.3.1.4 SINTOMAS	11
5.2.3.1.5 EFECTOS	12
5.2.3.1.6 CARIES DE ESMALTE	12
5.2.3.1.7 CARIES DE DENTINA	14
5.2.3.1.8 CARIES DE CEMENTO	15
5.2.3.1.9 CARIES QUE COMPROMETEN LA CAMARA PULPAR	16
5.2.3.1.10 INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS	17
5.2.3.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL	21
5.2.3.2.1 INTRODUCCION	21
5.2.3.2.2 ETIOLOGIA	22
5.2.3.2.3 PLACA BACTERIANA	23
5.2.3.2.4 CLASIFICACION DE LA PLACA BACTERIANA	24
5.2.3.2.5 CALCULOS DENTARIOS	24
5.2.3.2.6 CLASIFICACION DE LOS CALCULOS DENTARIOS	25
5.2.3.2.7 CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	25
5.2.3.2.7.1 GINGIVITIS	26
5.2.3.2.7.2 INTRODUCCION	26
5.2.3.2.7.3 MICROORGANISMOS QUE LA CAUSAN	27
5.2.3.2.7.4 ETIOLOGIA DE LA GINGIVITIS	28

5.2.3.2.7.5 SINTOMAS Y CARACTERISTICAS CLINICAS	28
5.2.3.2.7.6 TIPOS DE GINGIVITIS	29
5.2.3.2.7.7 EFECTOS	31
5.2.3.2.7.8 TRATAMIENTO	31
5.2.3.2.8. PERIODONTITIS	32
5.2.3.2.8.1.1 INTRODUCCION	32
5.2.3.2.8.1.2 ETIOLOGIA DE LA PERIODONTITIS	33
5.2.3.2.8.1.3 CARACTERISTICAS CLINICAS	33
5.2.3.2.8.1.4 EFECTOS	33
5.2.3.2.8.1.5 TIPOS DE PERIODONTITIS	34
5.2.3.2.8.1.6 FACTORES DE RIESGOS	37
5.2.3.2.8.1.7 TRATAMIENTO	37
5.2.3.2.8.3 HALITOSIS	41
5.2.3.2.8.3.1 MICROBIOLOGIA	42
5.2.3.2.8.3.2 ETIOLOGIA DE LA HALITOSIS	43
5.2.3.2.8.3.3 TIPOS DE HALITOSIS	48
5.2.3.2.8.3.4 DIAGNOSTICO	49
5.2.3.2.8.3.5 TRATAMIENTO	49
5.3 MEDIDAS PREVENTIVAS	59
5.3.1 MOTIVACION Y EDUCACION DEL PACIENTE	51
5.3.2 ANALISIS DIETETICO	52
5.3.3 HIGIENE BUCAL	53
5.3.3.1 CONCEPTO	53
5.3.3.2 IMPORTANCIA	54
5.3.3.3 PATOLOGIAS CAUSADAS POR UNA MALA HIGIENE BUCAL	55
5.3.3.4 CEPILLADO DENTAL	55
5.3.3.4.1 CARACTERISTICAS DEL CEPILLO	56
5.3.3.4.2 TIPOS DE CEPILLOS	57
5.3.3.4.3 TECNICAS DE CEPILLADO	58

5.3.3.4.4 FRECUENCIA DEL CEPILLADO	61
5.3.3.4.5 CEPILLADO DE LA LENGUA	62
5.3.3.4.6 IMPORTANCIA DEL DENTRIFICO AL CEPILLARSE	62
5.3.3.5 HILO DENTAL IMPORTANCIA	63
5.3.3.5.1 TIPOS DE HILOS DENTALES	63
5.3.3.5.2 TECNICAS DEL USO DEL HILO DENTAL	64
5.3.3.6 ENJUAGES BUCALES	65
5.3.3.6.2 FRECUENCIA	66
5.3.3.6.3 CLORHEXIDINA	67
5.3.3.7 PROFILAXIS DENTAL	68
5.3.4 FLUOR	69
5.3.4.1 VIAS DE APLICACIÓN	70
5.3.4.2 TECNICAS	71
5.3.5 SELLADORES DE PUNTOS Y FISURA	73
CAPITULO VI	
6. METODOLOGÍA	78
6.1 DISEÑO METODOLÓGICO	78
6.1.1 TIPO DE ESTUDIO	78
6.1.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	79
6.1.2.1 ÁREA DE ANÁLISIS Y ESTUDIO	79
6.1.3 INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS	80
6.1.4 PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	80
6.2 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION	81
6.3 RECURSOS	82
6.3.1 TALENTO HUMANO	82
6.3.2 RECURSOS ECONÓMICOS	82
6.3.3 RECURSOS MATERIALES	82
6.4 DESARROLLO METODOLÓGICO.	83
CAPITULO VII	

7.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	84
7.1.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD	84
7.1.2 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACION	120
7.1.3 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LAS FICHAS DE INDICE EPIDEMIOLOGICO	114
7.2 CONCLUSIONES	
7.3 RECOMENDACIONES	

INTRODUCCION

En nuestra sociedad existen muchos problemas debido a la gran pobreza existente, que conlleva a que por falta de empleo y por no tener un medio de sustento para poder sacar adelante a su familia existan personas que se dedican a cometer actos delictivos, por lo cual son condenados a determinados años de prisión, en ellos existe un escaso nivel de cultura porque en su gran mayoría no han terminado ni la instrucción primaria, lo que provoca una inconsciencia total y falta de valor por la vida, esto conlleva a que los Centros de Rehabilitación Social estén llenos de personas privadas de su libertad, por ello estas personas necesitan ayuda de toda índole para poder ser mejores elementos en la sociedad, rehabilitándose en todos los sentidos y mejorando así su calidad de vida al momento de recuperar su libertad.

Estos son sectores donde la ayuda de los gobiernos es escasa o nula, además los familiares toman una actitud de quemimportismo o por vergüenza los dejan en el completo abandono y olvido y de esta manera los señores privados de su libertad no cuentan con ayuda económica, no cuentan con los recursos económicos necesarios para comprar los instrumentos que les permitan realizar una buena higiene bucal, hecho de gran importancia porque como todos sabemos la boca es un órgano fundamental en nuestro cuerpo que cumple diversas funciones y es indispensable mantenerla en buen estado.

En este trabajo investigativo se abarcan temas muy importantes como son la salud bucal y su relación con el bienestar general de las personas, su intervención en la función de masticación, fonación y estética de cada individuo, las diversas enfermedades que se pueden presentar por falta

de aseo adecuado de la cavidad bucal, como son, las **caries, gingivitis, periodontitis**, etc.

Incluimos también a la halitosis, que es una de las causas de marginación y aislamiento de muchas personas, enfermedad que se caracteriza por un olor fétido emanado de la cavidad bucal, existen diversas medidas preventivas para poder evitar estas patologías bucales como son una adecuada técnica de cepillado que incluye cepillo, dentífrico, hilo dental y enjuagues bucales, que en conjunto logran una buena higiene de la cavidad bucal además se trata de la importancia del flúor, su importancia y beneficios que brinda lo cual es desconocido por la sociedad.

Este trabajo investigativo se orienta a determinar la relación de las medidas preventivas con la salud bucal de las personas privadas de su libertad en el Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez, para seguidamente implementar propuestas de solución que permitan obtener un mejor estado de salud, es por este motivo que el presente trabajo está encaminado a la prevención.

Siendo ésta, una investigación nueva en nuestro medio, ya que no se encuentra ningún otro estudio que relacione la influencia de la aplicación de medidas preventivas sobre la salud bucal de los señores privados de su libertad.

Al concluir la investigación la tesis quedará estructurada en 2 partes, una teórica, producto de la investigación bibliográfica actualizada, y una parte práctica que será el resultado de una investigación de campo, que permite verificar las variables de la hipótesis, logrando complementar un trabajo teórico práctico coherente, fortalecido por una propuesta que permitirá solucionar de alguna manera el problema investigado.

ANTECEDENTES

El Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez fue fundado en 1940 en el centro de esta ciudad por la administración municipal de esa época, era una edificación pequeña en donde solo cabían 50 presos, siendo administrada por la municipalidad.

Por el aumento de reos y por pedido de la población se crea una edificación más amplia, la cual fue construída en el kilómetro 3 1/2 vía a Chone al noreste de la provincia de Manabí en el año de 1982 terreno donado por el mismo municipio.

En la actualidad tiene una capacidad para 200 a 300 Personas, bajo la dirección del Ab. José Cevallos Valarezo y un cuerpo administrativo de 30 personas y 80 guías. Presentando 3 pabellones y una clínica de drogadictos y alcohólicos, un consultorio odontológico, un consultorio médico, 2 talleres de carpintería, y una escuela. En la actualidad cuenta con 130 Personas Privadas de la libertad.

En el consultorio odontológico labora un odontólogo, único responsable de este departamento, las actividades que se realizan son profilaxis, restauraciones, y extracciones.

Son atendidas aproximadamente 5 personas diariamente, a las que se le realiza una a dos actividades, por motivo de seguridad ya que el odontólogo no cuenta con una auxiliar y debe estar muy pendiente del Instrumental que puede ser hurtado por los pacientes y esto ser utilizado como arma dentro de los pabellones, además las personas privadas de su libertad no prestan la debida importancia a la salud bucal y no desean acudir al llamado que hace el odontólogo.

Se lleva una historia clínica en donde se anota la actividad realizada, y en la mayoría de los casos no constan las actividades que necesita el paciente que se le realice.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez es una institución fundada en 1940, actualmente alberga 130 personas privadas de su libertad las cuales pertenecen a una clase social baja, con poco nivel de conocimiento y baja autoestima.

Se ha evidenciado que estos individuos se encuentran abandonados en la mayoría de los casos por sus familiares, olvidados a tal punto que no reciben visitas de ellos, otros sin embargo las reciben una vez a la semana, el día miércoles específicamente.

Los autores evidenciaron que no prestaban la atención al llamado del odontólogo y que no realizaban hábitos de higiene bucal cuando comían al recibir visitas.

Muchos presentan problemas en cuanto a salud bucal, encontrándose que algunos padecían de halitosis, problema muy evidente que afecta a la autoestima del ser humano, otros presentaban facies de dolor, tumefacción y edema.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

El problema se ha formulado de la siguiente manera:

¿Cómo incide la aplicación de medidas preventivas en la salud bucal de las Personas Privadas de su Libertad del Centro de Rehabilitación de Bahía de Caráquez?

Esta interrogante fue respondida mediante el proceso de investigación científica.

CAPITULO II

2.1 JUSTIFICACION

Uno de los requisitos establecidos en el estatuto de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, es la realización de un trabajo investigativo para poder obtener el título de odontólogo.

Este trabajo ha permitido a los autores como egresados de la Carrera de Odontología sentir y verificar la realidad existente en el Centro de Rehabilitación Social y crecer en el campo profesional por los conocimientos adquiridos.

La realización de este estudio beneficiará directamente a las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación de Bahía de Caráquez, ya que al finalizar sus condenas se incorporarán a la sociedad teniendo conocimientos sobre salud bucal, los mismos que podrán aplicar en su vida cotidiana personal y familiar, este puede ser un aporte, significativo de un futuro profesional de odontología hacia la comunidad, teniendo por tanto una gran proyección social.

El lograr una adecuada rehabilitación de un recluso, no es tan solo privándola de lo más bello, que es su libertad, si no lograr en él un cambio de vida, que aprecie su salud y en este caso su salud bucal, es aquí donde el futuro odontólogo puede y debe intervenir aportando algo de sus conocimientos en cuanto a prevención y cuidado de la cavidad bucal, para así poder lograr conciencia en cuanto a la salud dental se refiere.

No se puede ser ajeno a esta problemática que compete a los profesionales de odontología, por ser un sector vulnerable, privado de muchos derechos, pero importante dentro de la sociedad.

Los resultados que se han obtenido en la investigación han permitido crear una propuesta la misma que permitirá lograr una mejor atención odontológica en este centro de Rehabilitación social.

CAPITULO III

OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de las medidas preventivas con la salud bucal en los internos del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer el grado de información sobre prevención bucal que tienen los internos, estableciendo su incidencia en la salud bucal.
- Indagar los hábitos de higiene bucal de los internos, determinando si tienen influencia en las enfermedades bucales encontradas.
- Identificar las actividades educativas que realiza el personal del departamento de odontología con las personas privadas de su libertad del centro de rehabilitación social de Bahía de Caráquez.
- Investigar las enfermedades bucales mas frecuentes en los internos del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez, para establecer la patología más frecuente
- Diseñar una propuesta alternativa para dar solución al problema planteado

CAPITULO IV

4.1 HIPOTESIS

Para esta investigación se propusieron las siguientes hipótesis:

4.2 HIPOTESIS GENERAL

A mayor aplicación de medidas preventivas, mejor salud bucal.

4.3 HIPOTESIS ESPECÍFICA

- La deficiente cultura en prevención bucal incide en los altos índices epidemiológicos en el departamento de estomatología
- El inadecuado cepillado dental influye en el alto índice de placa bacteriana
- Las actividades educativas que realiza el departamento de odontología son insuficientes.
- La caries es la enfermedad más frecuente, que se presenta en las personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

CAPITULO V

5.1 MARCO INSTITUCIONAL

El Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez fue fundado en 1940 en el centro de esta ciudad por la administración municipal de esa época, era una edificación pequeña en donde solo cabían 50 presos, siendo administrada por la municipalidad.

Por el aumento de internos y por pedido de la población se creó una edificación más amplia, la cual fue construida en el kilómetro 3 1/2 vía a Chone al noreste de la provincia de Manabí en el año de 1982 terreno donado por el mismo municipio.

En la actualidad tiene una capacidad de 200 a 300 Personas, bajo la dirección del Ab. José Cevallos Valarezo y un cuerpo administrativo de 30 personas y 80 guías. Presentando 3 pabellones y una clínica de drogadictos y alcohólicos, un consultorio odontológico, un consultorio médico, 2 talleres de carpintería, y una escuela. En la actualidad cuenta con 130 Personas Privadas de la libertad.

En el consultorio odontológico labora un odontólogo, único responsable de este departamento, no existe auxiliar, las actividades que se realizan profilaxis, restauraciones, y extracciones, no presentan ningún tipo de programa a realizar ni por cumplir, el horario de atención es de 9:00 a 12:00 am.

5.2. SALUD BUCAL

5.2.1. CONCEPTO

“La salud bucal está muy ligada al bienestar general del ser humano. Por ejemplo, la capacidad de masticar permite obtener los nutrientes necesarios para el funcionamiento del organismo.

Por tal motivo, cuando se presentan problemas bucales, muchos aspectos de la vida se ven afectados de manera negativa. Surgen dificultades en la comunicación y la autoestima baja.

También provocan inconvenientes económicos y sociales, debido a que los tratamientos dentales son costosos y cuando existe una pieza dental dañada el dolor es causa de bajo rendimiento, tanto en la escuela (niños), como en el trabajo (adultos)¹”.

5.2.2 IMPORTANCIA

“La boca es la parte del cuerpo humano por la cual ingresan los alimentos, forma parte del aparato digestivo, participa en la masticación y deglución de los alimentos, y la fonética. De ahí que mantenerla saludable es esencial para todo el organismo.

Es importante saber que otras enfermedades pueden derivarse de afecciones en la boca, como dolor de articulaciones, problemas cardiacos, enfermedades de la garganta, entre otras.

Por ello hay que recordar que el cuidar de la salud bucal es también cuidar de todo el cuerpo

¹ Salud Oral.

5.2.3. ENFERMEDADES MÁS COMUNES DE LA CAVIDAD BUCAL

Existen enfermedades que se generan por la falta de higiene bucal y otras que están ligadas a los malos hábitos del cepillado.

Reconocerlas a tiempo dependerá de cuan cuidadoso sea el individuo, porque en la mayoría de los casos no presentan molestias hasta provocar daños severos.

ENFERMEDAD PERIODONTAL: Es la infección de los ligamentos y huesos que soportan los dientes, la principal causa es la placa bacteriana que si no es removida con la limpieza diaria se acumula y forma tártaro o sarro.

CARIES: Son el proceso de desmineralización de los dientes, a causa de bacterias productoras de ácidos.

GINGIVITIS: Se origina por la acumulación de placa bacteriana a nivel de los bordes libres de las encías.

HALITOSIS: Es el mal olor de la boca y que puede ser producido por múltiples factores².

² Salud Oral

5.2.3.1 CARIES.

5.2.3.1.1 CONCEPTO

“La caries dental, enfermedad más común del ser humano, es una secuencia de destrucción localizada en los tejidos duros del diente, que evolucionan de forma progresiva e irreversible³”.

“Es una enfermedad infecciosa producida por bacterias, progresiva y multifactorial, de origen Químico-biológico⁴,” caracterizada por la degradación de los carbohidratos, produciendo ácidos, y un descenso del ph en la superficie del diente. Provocando una disolución de los componentes orgánicos y la desmineralización de los componentes inorgánicos de los tejidos duros de los dientes (*Esmalte, Dentina, Cemento*). “Hay que recalcar que las superficies dentarias están sometidas constantemente a la desmineralización y remineralización, la placa y la saliva tienen capacidades amortiguadoras que neutralizan los ácidos bacterianos, hasta cierto punto⁵”

5.2.3.1.2 METODOS DE DIAGNOSTICO DE CARIES

“Hasta hace unos años el diagnostico en cariología incluía solo el examen clínico con espejo, pinza y explorador y a veces, se completaba con un estudio radiográfico.

En la actualidad el diagnostico no se concentra solo en la presencia de lesiones, sino que incluyen la identificación de factores riesgos.

Por este motivo para el diagnostico se utilizan:

- Examen clínico

³ Julio Barranco Mooney.

⁴ www.caries.info/cariologia.htm

⁵ Actualidades medicas odontológicas latino Americana.

- Radiográfico
- Evaluación de factores de riesgos.

En varios estudios se ha demostrado que el examen visual puede ser tan eficaz como el explorador para el diagnóstico de caries dental. Asimismo se ha demostrado que la fuerza excesiva y el uso inapropiado del explorador pueden dañar el esmalte, lo que lleva a formación de cavidades en una lesión criogénica incipiente debajo de la superficie⁶.

5.2.3.1.2 ETIOLOGIA DE LAS CARIES

La caries dental es causada por la placa bacteriana, que es una sustancia pegajosa y viscosa, compuesta principalmente por gérmenes que hacen que los dientes se deterioren, estos gérmenes (*Streptococcus Mutans*, *Streptococcus Sanguis*, *Streptococcus Salivarius*, *Streptococcus Mitis*, *Actinomyces Viscosus*, *Lactobacillus Acidophilus*), forman ácidos que atacan a la superficie de los dientes llamada Esmalte.

“Cuando el pH cae por debajo de los 5.5 se inicia la desmineralización y continua hasta que se establezca un pH más neutral, cuando el pH es neutral sobre la superficie del diente en la saliva hay suficiente calcio y fosfato para que se pueda lograr la remineralización⁷”.

Si la caries no es tratada a tiempo, los ácidos penetrarán a las partes más internas del diente que también se deterioran, es aquí donde se encuentran las terminaciones nerviosas y es cuando producen dolor,

También se puede acotar a las causas de las caries una deficiente higiene bucal, malos hábitos de aseo, etc.

“Una desproporcionada ingesta de alimentos azucarados eleva las posibilidades de contraer caries con mucha frecuencia.

⁶ Julio BarrancosMooney.

⁷ Actualidades medicas odontológicas latino Americana

Se puede encontrar dientes que son mas susceptibles a contraer caries, son el caso de dientes con poco flúor, y aquellos dientes que presenten en su morfología espacios o lugares que retienen la placa bacteriana, como el caso de Fosas, fisuras y surcos profundos, también encontramos personas que son mucho mas susceptibles a contraer caries⁸”.

5.2.3.1.3 SINTOMAS.

“El dolor causado por una caries dental depende de qué parte del diente está afectado, de lo profunda que sea y de la extensión de la caries.

Una caries en el esmalte no suele causar dolor, éste comienza cuando la caries alcanza la dentina.

El dolor puede sentirse sólo cuando se bebe algo frío o se coman dulces. Ello indica que la pulpa todavía está sana.

Si la caries se trata en esta fase, el dentista puede reparar el diente y es probable que no se produzca más dolor ni dificultades en la masticación.

Los daños producidos por una caries que llegue muy cerca o incluso que alcance la pulpa son irreversibles.

El dolor persiste, aún después de interrumpir un estímulo (por ejemplo, agua fría), el diente puede doler inclusive sin ningún estímulo (dolor de muelas espontáneo)⁹”.

El dolor puede cesar temporalmente si se produce un daño irreversible de la pulpa y su muerte posterior, entonces el diente puede volverse sensible tanto al morder como al presionarlo con la lengua o con un dedo, por

⁸ www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/Nutricion/caries.htm

⁹ www.caries.info/sintomas-signos.htm

haberse inflamado la zona apical debido a una infección causada por la caries.

Generalmente las caries son asintomáticas se las puede detectar al comienzo de su aparición por el cambio de coloración del diente, la aparición de una cavidad que en el comienzo es poco profunda, y con el avance de los días penetra mas causando dolor, este dolor al principio es leve, el dolor dependerá de qué parte del diente este siendo afectada, tanto que puede ser un dolor leve y moderado, como el dolor a la presencia de estímulos como frío o calor, a la masticación, y a la ingesta de azúcares.

5.2.3.1.4 EFECTOS DE LAS CARIES

- “Inflamación
- Dolor agudo
- Aumento de la sensibilidad ante las bebidas y comidas, frías o calientes
- Mal aliento
- Pérdida del diente¹⁰”

Si la caries no es tratada a tiempo pueden surgir efectos como, alcanzar demasiada profundidad, el paciente comenzará a sentir los efectos de una caries, que no ha sido tratada a tiempo, y por consiguiente presentará los efectos ya mencionados.

5.2.3.1.5 CARIES EN EL ESMALTE

“La lesión cariosa en el esmalte es el resultado de la desmineralización de este, ocurre durante la exposición al ácido producido por las bacterias y

¹⁰ www.ferato.com/wiki/index.php/Caries

en estas circunstancias los hidrogeniones de la placa dental se difunden en el esmalte.

El punto crítico para la desmineralización es cuando el pH se encuentra en un grado de 5,5 o de 5,6. Cuando las bacterias disponen de sustratos adecuados pueden producir este medio ácido, mientras prosiguen con su actividad normal, si es que se llegan a disminuir los hidratos de carbono en la dieta los microorganismos utilizan los polisacáridos de reservas como los dextranos y levanos. Estos son desdoblados por los Streptococos para producir sustancias ácidas capaces de desmineralizar los cristales de hidroxapatita y de esta manera comienza el proceso carioso¹¹.

“La caries del esmalte es la mas difícil de detectar, es la primera etapa de la caries, esta se presenta de manera asintomática, donde el portador no siente ningún síntoma de caries, esta caries es de avance lento, ya que el esmalte es el componente mas duro de un diente sano y del cuerpo humano.

La forma de detectar una caries del esmalte es mediante el explorador, y también se puede observar manchas blancas que aparecen en las superficies libres y proximales y en los surcos transversales u oblicuos, esto se debe a la destrucción de la membrana de Nashmit. En este tipo de caries el esmalte se torna opaco sin traslucidez¹².

“La mancha blanca tiene dos etapas, la desmineralización que es cuando la caries avanza, y la otra etapa es la remineralización, cuando esta de aquí es mayor que la desmineralización el proceso carioso se detiene¹³”.

¹¹ Julio Barrancos Mooney

¹² www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml

¹³ Julio Barrancos Mooney

Si las caries no son detenidas a tiempo, los ácidos se abrirán paso a través del esmalte dental, pasando a atacar y corroer las partes más internas del diente, que también se deteriorarán.

5.2.3.1.6 CARIES EN LA DENTINA

Este tipo de caries ya es fácilmente detectable, primero el portador de la caries en dentina empieza a sentir los primeros síntomas del avance de las caries, tales como la sensibilidad a las cosas que contengan azúcares, o al cambio térmico de frío o calor que experimenten las piezas infectadas con caries en la dentina.

“En este punto la caries ya pasó el límite amelodentinario, aquí el avance de la caries es mucho más rápido, debido a que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios son de mayor diámetro y se encuentran en mayor número que en el esmalte.

El proceso se inicia con una desmineralización de la dentina lo que a su vez provoca una reacción de defensa, esta defensa consiste en una remineralización de los conductillos, si el avance de la caries continúa a las cercanías de la pulpa se forma dentina terciaria o de reparación.

Si el ataque continúa sin que los mecanismos de defensa los afecten, los ácidos segregados por los microorganismos terminan por desmineralizar todas las sustancias minerales de la dentina primaria, secundaria o terciaria y actúan sobre el tejido pulpar destruyendo los odontoblastos y formando un absceso.

Desde el punto de vista clínico las caries dentinarias pueden presentarse como caries dentinarias aguda y crónica, la primera tiene un aspecto blanco amarillento y consistencia blanda, y la segunda es dura, mas resistente y de color amarillo oscuro y marrón¹⁴”.

La dentina por ser un tejido que en su conformación, contiene un bajo nivel de calcio facilita la formación y proliferación de caries, ofreciendo así una escasa o nula resistencia a la caries.

5.2.3.1.7 CARIES EN CEMENTO

“Hay que recalcar que existen dos tipos de cementos:

- Cemento Celular que se encuentra en furcas y zona apical.
- Cemento Acelular que se encuentra en la zona cervical.

Este último es el mas propenso a las caries por encontrarse en el limite amelocementario, en el proceso de las caries de raíz el cemento se va perdiendo en bloques.

Existen varios factores que se asocian a las caries del cemento:

- Edad de las Persona
- Recesión Gingival
- Mala higiene bucal
- PH crítico
- Fármacos
- Enfermedades que disminuyen el flujo gingival como la diabetes.

Otro factor que también contribuye a la formación de caries en el cemento es la alta ingesta de azucares.

¹⁴ Julio Barrancos Mooney

El PH crítico del cemento es de 6.7 por lo tanto es más soluble a los ácidos que el esmalte, existen dos tipos de caries del cemento estas son:

La caries activa aguda, que es una cavidad amplia y extensa, sobrepasa con rapidez al cemento y compromete a la dentina e incluso a la pulpa por lo tanto puede presentar sintomatología dolorosa.

La caries crónica y detenida, es extendida y poca profunda con, textura superficial lisa y dura de color marrón oscuro y negra, no hay sintomatología dolorosa debido a la atrofia pulpar y al estrechamiento progresivo de la cámara pulpar¹⁵.

“Las caries del cemento es una caries que afecta solamente a las personas de mediana edad y a los adultos mayores.

Esta caries comienza atacando, destruyendo el tejido óseo que recubre las raíces de los dientes, este proceso es, las consecuencia del retroceso de las encías, la principal causa de estas caries es la dificultad de limpiar la raíces al quedar descubiertas, que es aquí donde se va acumular gran cantidad de placa bacteriana y por consiguiente se da paso a la formación de caries¹⁶.

Otro factor que también contribuye a la formación de caries en el cemento es la alta ingesta de azúcares y la escasa o nula limpieza de esta zona del diente.

¹⁵ Julio Barrancos Mooney

¹⁶ <http://tipodecaries.com>

5.2.3.1.8 CARIES QUE COMPROMETEN LA CAMARA PULPAR

En esta fase las caries ya han llegado a la cámara pulpar donde producirán inflamación en el órgano pulpar pero esta aun se encuentra vital, por lo consiguiente en el caso más favorable al diente, se puede salvar.

“Aquí el diente presentará un dolor espontáneo y también podrá ser provocado por cualquier estímulo externo e interno, este se presentará más intenso y persistente durante la noche.

Cuando estamos acostados la posición del cuerpo y por tanto de la cabeza será horizontal, es aquí donde habrá mayor afluencia de sangre hacia el órgano pulpar y por consiguiente habrá una mayor presión de la pulpa contra la pared de la cámara pulpar causando un gran dolor¹⁷”.

Una característica es que aunque los agentes químicos, físicos y mecánicos desaparezcan el dolor no desaparecerá.

5.2.3.1.1.0 INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS

“Las medidas e índices epidemiológicos se utilizan con frecuencia en la Investigación Estomatológica. En los levantamientos de salud bucal se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de Caries Dentales y Enfermedades Periodontales, entre otras enfermedades bucales, en diferentes poblaciones. En las investigaciones clínicas se usan para comparar los efectos que intervenciones o tratamientos determinados producen sobre la salud bucal del grupo experimental o beneficiado en relación con los grupos control u otras poblaciones que resulten de interés.

¹⁷ www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml

Se utiliza en enfermedades con alta prevalencia y desigual distribución entre la población. Ejemplo: caries y periodontopatías.

Permite conocer el estadio clínico de la enfermedad en cada individuo lo que facilita la comparación entre las poblaciones.

Al evaluar cualquier índice, hay que considerar su validez y confiabilidad.

- **LA VALIDEZ.** Se refiere a la conveniencia y exactitud de la metodología seleccionada para evaluar la situación que se trata de medir. La sensibilidad y la especificidad son formas de evaluar la validez de algunos tipos de diseños.
- **LA CONFIABILIDAD.** Se refiere a la capacidad de la metodología seleccionada para ser utilizada reiteradamente y conducir a resultados coherentes y reproducibles¹⁸”.

“INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PARA LA CARIES DENTAL

INDICE CPO-D:

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta

¹⁸ www.sld.cu/galerias/.../capitulo_8_indicadores_epidemiologicos.doc

los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados

Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados, incluyendo las Extracciones Indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un Promedio. Se consideran sólo 28 dientes.

Para su mejor análisis e interpretación se debe descomponer en cada una de sus partes y expresarse en porciento o promedio las mismas. Esto es muy importante al comparar poblaciones.

Se debe obtener por edades, siendo las recomendadas por la OMS, 5-6, 12, 15, 18, 35-44, 60-74 años. El Índice CPO-D a los 12 años es el usado para comparar el estado de salud bucal de los países.

INDICE ceo-d:

Es el Índice CPO adoptado por Gruebbel para dentición temporal en 1944. Se obtiene de igual manera pero considerando sólo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes.

INDICE CPO-S PARA DENTICIONES PERMANENTES E INDICE CEO-S PARA DENTICIONES TEMPORALES:

Es una adaptación de los anteriores, en el cual la unidad básica es la Superficie Dentaria. Considera cinco superficies en los posteriores y 4 en los anteriores. Es más sensible y específico para las mediciones de impacto. Es un promedio.

INDICE DE CLUNE:

Se basa en la observación de los cuatro primeros molares permanentes, asignándole un puntaje a cada condición con un máximo de 40 puntos, 10 para cada molar.

- Sano: se le dan 10 puntos.
- Por cada superficie obturada: se resta 0.5 puntos.
- Por cada superficie cariada: se resta un punto.
- Extraído o extracción indicada por caries: se restan 10 puntos.
- Posteriormente se suma el valor obtenido de los cuatro dientes y se obtiene el porcentaje tomando como 100% el valor de 40 puntos, que equivale a tener los cuatro molares sanos.
- Se expresa en porcentos.
-

INDICE DE KNUTSON:

Cuantifica en una población a todos aquellos que tienen uno o más dientes afectados, sin considerar el grado de severidad de la afección. Es muy poco específico.

Ejemplo: de un grupo de 150 escolares, 100 tienen caries, es decir el 66.7% presenta la enfermedad.

No se establecen diferencias entre el número de dientes afectados ni entre los diferentes grados de severidad de la lesión. Se indica en poblaciones cuya prevalencia de caries es muy baja o cuando se quieren establecer simples diferencias entre grupos en cuanto a su prevalencia. Se expresa en porcentajes comúnmente.

INDICE DE CARIES RADICULAR:

Se conoce por sus siglas en inglés RCI (Root Caries Index), diseñado por Katz y presentado en 1984. Se puede obtener por superficie o por diente. Para este índice los criterios para diagnosticar una caries radicular son los siguientes:

1-Lesiones en cualquier superficie radicular con una cavidad franca y:

- a) aspecto oscuro con cambio de color.
- b) reblandecimiento con presión moderada de un explorador.

2-Lesiones en cualquier superficie radicular sin cavidad franca pero con aspecto oscuro o cambio de color y:

- a) reblandecimiento con presión moderada de un explorador que indica lesiones activas.
- b) sin evidencia a la exploración, lesiones inactivas (en controversia este criterio)

INDICE DE FLUOROSIS DE DEAN:

Es el índice epidemiológico para medir fluorosis dental más utilizado y fue desarrollado en el año 1942 por Dean a fin de comparar la gravedad y la distribución de la fluorosis en diversas colectividades.

La fluorosis dental puede considerarse como una alteración específica del esmalte dentario (esmalte moteado) debido a la ingestión del ión flúor en cantidades que exceden a las dosis óptimas recomendadas acorde con las características y temperatura del medio ambiente local.

Se caracteriza por manchas o “motas” que afectan el esmalte y que de acuerdo a su severidad pueden variar desde una simple opacidad

blanquecina y poco perceptible que no altera la estructura dentaria, hasta manchas oscuras (pardas) con estrías y/o punteado que lesionan la morfología dentaria (aspecto corroído).

Las lesiones fluoróticas suelen ser bilateralmente simétricas y tienden a mostrar un patrón horizontal estriado de una parte a otra del diente. Los premolares y segundos molares son los más frecuentemente afectados, seguidos por los incisivos superiores. Los incisivos inferiores son los menos afectados.

La clasificación de la persona dentro de un criterio u otro se hace sobre la base de los dos dientes más afectados. Si los dos dientes (homólogos) no están igualmente afectados, la clasificación se hace en base al menos afectado. El examinador debe comenzar por el criterio mayor del Índice es decir por “Severo” e ir decantando hasta llegar al estado que tiene el diente”¹⁹.

5.2.3.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

5.2.3.2.1 INTRODUCCIÓN

“Cada día más la enfermedad periodontal tiene mayor importancia, no solamente para la salud oral, sino que se ha constituido como un factor de riesgo importante para la salud sistémica de los pacientes. Es importante que el odontólogo tenga las herramientas suficientes para su correcto diagnóstico,²⁰” siendo una de las patologías de mayor incidencia en la población en general, es causante de la pérdida dentaria, se presenta afectando a los tejidos que rodean al diente y su diagnóstico acertado es

¹⁹ www.sld.cu/galerias/.../capitulo_8_indicadores_epidemiologicos.doc

²⁰ www.encolombia.com.odontologia

de gran importancia para su adecuado tratamiento y en especial en las etapas tempranas de la enfermedad,²¹”.

“Además conocemos que la enfermedad periodontal no es una sola entidad y que representa diferentes tipos de categorías de enfermedades²²”.

“En un sentido más amplio enfermedad periodontal se refiere a todos los procesos patológicos que afectan al periodonto. La forma predominante de enfermedad periodontal es un proceso destructivo de avance lento denominado enfermedad periodontal inflamatoria crónica que provoca la destrucción del aparato íntegro de sostén de los dientes.

La enfermedad periodontal inflamatoria crónica se divide en dos etapas principales.

1) *Gingivitis*.

2) *periodontitis*.

Los rasgos clínicos más característicos es la presencia de inflamación gingival las encías muestran diversos grados de tumefacción y cambio de color (enrojecimiento, sobre todo), también tienden a sangrar con el sondeo o manipulación suave, y las encías sanas no presentan tales alteraciones²³”.

5.2.3.2.2 ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

“Esta patología que afecta al sistema que soporta nuestros dientes: Hueso, Ligamentos y Encía, puede producirse por la presencia de sarro y de bacterias que habitan normalmente en nuestras bocas, pero que se

²¹ www.saludactual.com

²² www.encolombia.com.odontologia

²³ Raymond L. Braham- Merle E.Morris

ven beneficiadas por un ambiente propicio para su crecimiento, abundante sarro y mala higiene²⁴”.

“Ataca el epitelio que reviste el sulcus, destruye las fibras gingivales y progresa en dirección apical produciendo bolsas y causando la destrucción del hueso subyacente²⁵”.

“La resistencia del huésped es un factor muy importante incluyen todos los factores que interfieren en la evolución de la enfermedad, en algunos casos la falla de defensa del huésped tienen una importancia etiológica primaria, en los otros casos el papel primordial lo asumen los microorganismos de la placa dental²⁶”.

5.2.3.2.3 LA PLACA BACTERIANA

“Se la puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos en un hábitat común que contienen sustancias microbianas que las unen a la superficie del diente.

La cavidad oral es estéril en el momento del nacimiento, a las 6 o 10 horas se establece una flora facultativa, las formas anaerobias aparecen en los 10 primeros días de nacimiento y se organizan de 5 a 6 meses de vida²⁷”, así mismo la placa bacteriana se empieza a formar apenas se termina de realizar el cepillado.

5.2.3.2.4 CLASIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

“**Placa Supragingival.** Se acumula coronal al margen gingival del diente y se evidencia con tinciones especiales, se adhiere aprovechando

²⁴ www.saludactual.com

²⁵ Gustavo Barrio M.

²⁶ Raymond L. Braham- Merle E.Morris

²⁷ Gustavo Barrio M.

pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de restauraciones, protésicas, lo mismo que banda de ortodoncias.

La composición de la placa supragingival es principalmente para la matriz intercelular que alberga los componentes celulares, encontramos células epiteliales, leucocitos, macrófagos en descomposición y algunos elementos sólidos.

Placa Subgingival. Es la que se localiza en la luz del surco gingival o del saco periodontal. Se forma en un medio diferente a la placa supragingival, el medio en que se organiza la Subgingival está compuesta por células epiteliales de descamación, fluido gingival, ausencia de oxígeno y presencia de leucocitos.

Siempre hay una línea de separación entre la placa supragingival y Subgingival, pues la Subgingival se encuentra por debajo del margen gingival.

Materia Alba. Es una masa adquirida de elementos amarillentos, blancos, pegajoso que se encuentra asociada con la superficie del diente y se deposita en las zonas cervicales de los dientes especialmente cuando hay apiñamiento dental.

5.2.3.2.5 CÁLCULO DENTARIO:

Es una masa orgánica calcificada dura y en íntima relación con el tejido gingival, el locus de calcificación es la placa bacteriana, al mismo tiempo el cálculo está asociado con una capa de placa que lo cubre y embebe en productos tóxicos elaborados por ella. Es una masa de color amarillento, o verde, negruzco de consistencia pétreo, forma aplanada y firmemente adherida a la superficie dental. los cálculos siempre se encuentran revestidos por una película de placa bacteriana y están embebidas de

endotoxinas. Si durante el tratamiento quirúrgico de las enfermedades periodontales los cálculos Subgingival no son eliminados por completo el tejido gingivales no cicatrizará y seguirá la infección.

5.2.3.2.6 CLASIFICACION DEL CÁLCULO DENTAL.

CALCULO SUPRAGINGIVAL. Según su localización pueden ser supragingivales si son visibles y están depositadas en las coronas de los dientes, en relación con el margen gingival libre de la encía, generalmente son blancos o amarillentos, duros y se desprende fácilmente de la superficie dental.

CALCULOS SUBGINGIVALES. Se encuentran por debajo del margen gingival en la encía normal, por debajo de la pared blanda del saco en casos de periodontitis, no son visibles, su detección se logra por una transparencia de color negruzca en la pared gingival y por introducción de una sonda periodontal²⁸ .

5.2.3.2.7 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

“La enfermedad periodontal, en el Workshop de 1999, es clasificada de acuerdo a criterios que pretenden aclarar ciertos puntos de vista confusos encontrados.

- Gingivitis
- Periodontitis del adulto.

²⁸ Gustavo Barrio M.

- Periodontitis de aparición temprana.
- Periodontitis necrotizante.”²⁹

“La enfermedad puede afectar solamente a las encías o invadir las formaciones más profundas dando origen a bolsas entre los dientes y las encías. Cuando solamente se halla afectado la encía se denomina gingivitis, y periodontitis es la inflamación del resto del periodonto.

La **gingivitis** no tratada provocará que la inflamación se extienda hacia la profundidad del periodonto dañando la inserción epitelial, el ligamento periodontal y el **hueso alveolar**. La **periodontitis** es la forma más grave y destructiva de esta enfermedad. A medida que la reacción tisular se hace más profunda, se produce un surco gingival, más acusado por migración apical de la inserción epitelial, aumentando el tamaño de la **encía** y convirtiéndose en un auténtico saco, la bolsa gingival. Una vez formada la bolsa periodontal, al paciente le resulta muy difícil eliminar el cúmulo de agentes irritantes³⁰.

PREVENCION Y TRATAMIENTO.

“La enfermedad periodontal inflamatoria crónica puede ser prevenida y tratada eficazmente, el éxito depende casi por completo de dos formas mecánicas de terapéutica antimicrobiana. El control de la placa y el mantenimiento³¹”.

5.2.3.2.7.1 GINGIVITIS

5.2.3.2.7.1.1 DEFINICION

²⁹ <http://sisbib.unmsm.edu.pe>

³⁰ <http://sisbib.unmsm.edu.pe>

³¹ Raymond L. Braham- Merle E.Morris

“La acumulación de bacterias en el margen gingival provoca una reacción inflamatoria gingival.”³²

“La inflamación de la encía, es una forma de enfermedad periodontal que involucra inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes, incluyendo las encías, los ligamentos periodontales y los alvéolos dentales (hueso alveolar).

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. La placa es la principal causa de **caries dental** y, si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las **toxinas** que éstas producen hacen que las encías se infecten, se inflamen y se vuelvan sensibles³³”.

5.2.3.2.7.1.2 MICROBIOLOGÍA

“La gingivitis es causada por la acción de sustancias derivadas de la placa microbiana que se acumula cerca del surco gingival. Las especies microbianas específicas son los esteptococos sanguis y el fusobacterium naviforme.

Las bacterias comprometidas en la etiología de la gingivitis incluyen especies específicas de esteptococos fusobacterium, actinomicetes, veillonella, treponema y posiblemente bacteroides, la colonización bacteriana y la participación son secuenciales con aumento la flora asociada, presentándose la lesión temprana, y la lesión establecida³⁴”.

³² A. Martín Zurro J.F. Cano Pérez

³³ www.medlineplus.gov.com

³⁴ Gustavo Barrio M.

5.2.3.2.7.1.3 ETIOLOGIA DE LA GINGIVITIS

La gingivitis es causada por diversos factores, Las causas más comunes que generan la aparición de la gingivitis son los malos hábitos higiénicos bucales, como la falta de cepillado de los dientes, el mal cepillado hace que se vaya acumulando placa bacteriana en el epitelio de unión y ésta produzca la inflamación de la encía.

Otra causa son las dietas inadecuadas, la mal oclusión y los dientes apiñonados que hacen que sea más difícil la higiene oral y la eliminación de placa, la deficiencia de vitamina C.

5.2.3.2.7.1.4 SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

“Está íntimamente relacionada con la acumulación de placa bacteriana la cual es responsable de la iniciación del proceso inflamatorio.

Se puede iniciar sin manifestaciones clínicas aparentes, uno de los primeros signos es la hemorragia en el cepillado o con el uso del hilo dental, estas respuestas se dan por la inflamación de los capilares subyacentes que demuestran vaso de dilatación y salida de elementos celulares y suero al exterior³⁵”.

“Cuando las encías comienzan a sangrar, estamos en presencia de una inflamación que no cesará hasta que el paciente sea sometido a una Higiene de rutina. Se observan encías enrojecidas, sangrantes, brillantes y presencia de sarro en los márgenes de los dientes. Al eliminar el sarro a través de métodos clínicos, la inflamación desaparece y nuestras encías

³⁵ Gustavo Barrio M

vuelven a tener el color típico de éstas: rosadas, sin brillo ni sangramiento”³⁶.

“En la encía también puede apreciarse atrofia y aumento en el volumen del tejido, en pacientes inmunodepresivos, puede presentarse hiperplasia gingival proporcional a la cantidad de placa bacteriana acumulada insitu. Encías que son sensibles al tacto, pero por lo demás indoloras”³⁷.

“Su diagnóstico es básicamente clínico, encontrando sangrado en el sondaje, sin migración del epitelio de inserción. Su progresión es incierta ya que no necesariamente se convierte en periodontitis. Desaparece por completo cuando se elimina la placa bacteriana”³⁸.

5.2.3.2.7.1.5 TIPOS DE GINGIVITIS.

LA GINGIVITIS SIMPLE. “Es la más común se la considera como un proceso crónico y de larga duración, puede localizarse en un diente o generalizada comprometiendo un segmento, o toda la encía”³⁹. Dentro de la gingivitis simple se encuentra la gingivitis de erupción, que es la que se presenta en niños pequeños cuando empiezan a salir sus piezas temporarias o también cuando las piezas permanentes empiezan a brotar, y esto se debe al choque de los alimentos directamente contra la encía. También dentro de la gingivitis simple se encuentra la que está relacionada con malos hábitos higiénicos como el poco cepillado de los dientes y la formación de placa bacteriana.

³⁶ www.saludactual.com

³⁷ Gustavo Barrio M.

³⁸ www.periodoncia2//odonto.com

³⁹ Gustavo Barrio M

GINGIVITIS RELACIONADA CON LAS HORMONAS

SEXUALES: aparece durante el embarazo o durante la administración de anticonceptivos orales. La del embarazo suele ser la más importante pero no degenera en una periodontitis más destructiva. La progesterona repercute sobre la micro-vascularización del tejido conectivo.

GINGIVITIS RELACIONADA CON FÁRMACOS: tales como las hidantoínas, ciclosporinas y nifedipina. Provocan una hipertrofia por afectación, especialmente del colágeno gingival. La magnitud de la inflamación está relacionada con la cantidad de placa acumulada, por lo que un adecuado control de ésta reduce su intensidad.

GINGIVITIS RELACIONADA CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Un ejemplo son la leucemia o el déficit de vitamina C. Debe sospecharse esta etiología cuando existe una gingivitis con sangrado muy intenso en relación con la presencia moderada de placa bacteriana, sobre todo en niños.

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE AGUDA (GUNA)

Se trata de una infección bacteriana mixta, modificada por una serie de determinantes sistémicos. Los microorganismos responsables suelen ser las espiroquetas intermedias, bacterias y fusobacterias. Se asocia al estrés físico. Ante un cuadro de este tipo ha de sospecharse una infección por VIH.

LA GINGIVITIS CRÓNICA INESPECÍFICA.

Es un tipo de enfermedad periodontal que se da en la preadolescencia, rara vez presenta dolor y se puede presentar por lapsos de tiempos prolongados y esta puede ser producida por distintos factores que se unen y hacen que su causa sea más compleja.

GINGIVITIS NO RELACIONADA CON LA PLACA BACTERIANA

Se caracteriza por no resolverse con 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 apicoronal. Podemos encontrar:

- Gingivitis asociadas a enfermedades cutáneas como el pénfigo,
- Gingivitis alérgicas
- Gingivitis de infecciones virales
- Gingivitis fúngicas⁴⁰.

5.2.3.2.7.1.6 EFECTOS

“Los efectos que puede causar este padecimiento no son muy graves, ya que solamente es la inflamación y el sangrado de la encía, pero un efecto que se puede presentar es el deterioro del tejido periodontal y el olor fétido.

Lo importante es que esta enfermedad es reversible y se debe tratar antes de que se agudice y evolucione a una periodontitis que ya no es

⁴⁰ www.wikipedia.org.wike.enfermedadperiodontal

reversible, y ésta puede causar el aflojamiento y la pérdida de los dientes.

5.2.3.2.7.1.7 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

El tratamiento para la gingivitis simple es asistir con el dentista para que con los instrumentos especializados de éste se remueva toda la placa bacteriana que se encuentra entre la base del diente y la encía, debido a esto es recomendable asistir cada seis meses al dentista para una limpieza de los dientes, no se debe de hacer con mayor frecuencia ya que se podría dañar el esmalte de los dientes⁴¹.

“El procedimiento clínico para eliminar esta enfermedad es a través de la eliminación del sarro (Detartraje), pulido de las coronas de los dientes (Profilaxis o Pulido Coronario) y, finalmente, realizar una instrucción sobre las técnicas de cepillado”⁴².

Además de la limpieza hecha por el dentista se debe continuar el tratamiento en casa con una mayor higiene oral y dependiendo de las indicaciones del dentista el uso de hilo dental, enjuagues y masajes a la encía de una manera continúa.

“La clorexhidina ha demostrado ser muy eficaz para la inhibición bacteriana y con cierta capacidad para reducir la inflamación gingival, pero tiene cierta contraindicación como la tinción dentaria en usos prolongados, por eso se recomienda colutorios al 0,12% con 2 enjuagues diarios uno cada 12 horas durante 10 a 15 días”⁴³.

⁴¹ Gustavo Barrio M.

⁴² www.saludactual.com

⁴³ A. Martín Zurro J.F. Cano Prez

Si nos encontramos frente a una enfermedad gingival más severa podemos recurrir a las técnicas, quirúrgicas.

5.2.3.2.7.2 PERIODONTITIS.

5.2.3.2.7.2.1 DEFINICION

“La periodontitis es una patología inflamatoria de origen infeccioso que destruye el **periodonto** de inserción (**hueso alveolar**, **cemento** radicular y **ligamento periodontal**), lo que puede finalizar con la pérdida de los dientes afectados.

5.2.3.2.7.2.2 ETIOLOGIA DE LA PERIODONTITIS.

Todas las periodontitis provienen de una gingivitis, pero no todas las gingivitis terminan en periodontitis.⁴⁴”

“Debido a una larga exposición de las piezas dentarias con el sarro, se produce una degeneración de los tejidos periodontales, debido a la presencia de miles de bacterias, el cuerpo reacciona a través de la inflamación y reabsorción del hueso que soporta a nuestros dientes⁴⁵”.

5.2.3.2.7.2.3 CARACTERISTICAS CLINICAS.

“Se puede observar sangramiento, que puede aparecer de manera espontánea, movilidad de los dientes y abundante sarro de coloración café. La reabsorción del hueso es irreversible pero sí puede ser detenida a través de procedimientos clínicos como los mencionados anteriormente junto con una etapa llamada Pulido Radicular, donde se pulen las raíces

⁴⁴ www.wikipedia.org_wik.enfermedadperiodontal

⁴⁵ www.saludactual.com

por debajo de la encía para eliminar la presencia de sarro remanente, alisarlas para disminuir la posibilidad de que las bacterias recolonizen el sector en el mediano plazo y facilitar la reparación de las encías. Obviamente, un buen cepillado realizado en el hogar es de suma importancia para el éxito de este tratamiento⁴⁶.

5.2.3.2.7.2.4 EFECTOS.

“Tiene efectos como, mal aliento, dolor al masticar y sangrados abundantes, movilidad dentaria, pérdida inserción pérdida ósea. Al principio puede manifestarse por una ligera inflamación gingival, con sangrado discreto de las encías al cepillarse los dientes y un cierto grado de tumefacción y enrojecimiento de las encías.

Se ha observado que las bacterias presentes en este tipo de infecciones migran desde la boca hasta la circulación sanguínea, lo que produce un daño directo en el endotelio (componente principal de la pared arterial) con la consecuente formación de ateromas (engrosamiento de la pared arterial debido al depósito de colesterol) y trombos. Incluso, en pacientes fallecidos, se han realizado biopsias de ateromas, y se han encontrado bacterias periodontales, patógenos propios de las encías⁴⁷.

“Cuando el hueso comienza a reabsorberse, los dientes presentan movilidad y migración dentro de nuestra boca⁴⁸”.

5.2.3.2.7.2.5 TIPOS DE PERIODONTITIS.

“Se la agrupa así

⁴⁶ Gustavo Barrio M.

⁴⁷ www.wikipedia.org.com

⁴⁸ www.saludactual.com

- Periodontitis prepuberal.
- Periodontitis juvenil
- Periodontitis rápidamente agresiva
- Periodontitis del adulto
- Periodontitis simple
- Periodontitis agravada por factores sistémicos
-

PERIODONTITIS PREPUBERAL.

Esta se presenta después de la erupción de la dentadura primaria, usualmente generalizada o puede presentarse en ciertos casos localizada a nivel de las piezas 6. Se presenta por anomalías en los mecanismos de defensa del huésped.

PERIODONTITIS JUVENIL.

Se presenta entre los 12-20 años de edad. Es de naturaleza atrófica y difusa atribuida a una cementopatía que provoca la pérdida del aparato de anclaje del diente en el hueso maxilar, se presentan en jóvenes por lo demás sanos, se manifiesta por pérdida severa del hueso alveolar, la encía del paciente es aparentemente normal, y radiológicamente se observa una pérdida ósea severa, la placa bacteriana moderada.

La velocidad de destrucción es rápida.

PERIODONTITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA.

Como su nombre lo indica, se caracteriza por destrucción severa del hueso alveolar de soporte. Se presenta de 20-30 años y las mujeres son más afectadas que los hombres.

Generalmente la destrucción ósea es de tipo vertical, a los periodos de exacerbación siguen estados de inactividad, en un estadio agudo se

caracteriza por inflamación gingival severa, hemorragia fácil al sondaje, formación de sacos periodontales profundos y abscesos periodontales.

PERIODONTITIS DEL ADULTO. Se la puede definir como una entidad inflamatoria destructiva crónica, que va afectando los tejidos de soporte del diente hasta causar su destrucción.

Su origen es la inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, cambio destructivo, progresivo que lleva a la pérdida de hueso y ligamento periodontal, se puede llegar a perder 1mm de espesor óseo en el transcurso de 3 años.

Se inicia en el adulto joven y progresa toda la vida del individuo, es la más común⁴⁹.

PERIODONTITIS SIMPLE. “Es la forma más prevalente. Se hace clínicamente significativa sobre los treinta años de edad y suele estar precedida de una gingivitis. La pérdida de soporte se produce en los periodos activos de la enfermedad. Sin embargo, la presencia de *Porphyromonas gingivalis* indica una alta probabilidad de periodontitis activa.

PERIODONTITIS AGRAVADA POR FACTORES SISTÉMICOS. Periodontitis de inicio precoz relacionada con enfermedades sistémicas. Afecta tanto a denticiones temporales como mixtas. No suele tener un buen pronóstico a medio y largo plazo, y supone la pérdida precoz -parcial o total- de los dientes. Las enfermedades asociadas son: déficit de adherencia leucocitaria, hipofosfatasa, neutropenia clínica, leucemias, sida, diabetes mellitus del tipo I, trisomía 21, etc.

⁴⁹ Gustavo Barrio M

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 clínicas⁵⁰..

5.2.3.2.7.2.6 ABSCESO PERIODONTAL.

“Es una inflamación purulenta localizada situada en los tejidos periodontales. Son un signo adicional de la periodontitis, es frecuente en la zona de furcas comprometidas por la enfermedad periodontal, es una de las pocas manifestaciones dolorosas de la periodontitis y con frecuencias fistulosas, y de acuerdo con su tiempo de evolución se las puede clasificar en agudo y crónico.

Este también se puede confundir con un absceso periapical, pues tienen casi las mismas características, se los diferencia realizando prueba tales como, vitalidad, el absceso periodontal no provoca la desvitalización del diente⁵¹”.

5.2.3.2.7.2.7 FACTORES DE RIESGOS PARA LA ENFERMEDAD:

- “Fumar
- Mala **higiene** buco dental
- Condiciones médicas
- Enfermedad del corazón
- Diabetes
- Terapia hormonal sustitutiva

⁵⁰ www.wikipedia.org/wiki

⁵¹ Gustavo Barrio M.

- Osteoporosis
- Lupus
- VIH/SIDA
- Inmunodeficiencia
- Epilepsia⁵²”

5.2.3.2.7.2.8 TRATAMIENTO

La enfermedad periodontal en sus primeras etapas y en aquellos casos donde no exista un daño severo del periodonto se las puede tratar de la siguiente manera.

“Mecánico: detartraje Raspado y alisado radicular.

ANTIBIÓTICO: Auxiliados por el cultivo bacteriano y el antibiograma. Debe tenerse en cuenta que el antibiótico de elección debe tener un amplio espectro de actividad que asegure la cobertura de patógenos aerobios y anaerobios. La amoxicilina + ácido clavulánico a dosis altas puede considerarse una buena elección de tratamiento anti infeccioso.

MASAJE: El masaje periódico en las encías y dientes con los propios dedos es una práctica popular, extendida y muy eficiente (según los que lo practican). Sin embargo, no es una práctica aceptada o recomendada por los odontólogos profesionales⁵³.”

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

DEFINICION

⁵² www.wikipedia.enfermedadperiodonal

⁵³ www.wikipedia.enfermedadperiodonal

“Se conoce como cirugía periodontal a todos los procedimientos quirúrgicos dirigidos a devolver la arquitectura normal del periodonto, si ha existido la formación de sacos periodontales, las técnicas quirúrgicas se orientan hacia su eliminación o por lo menos disminución de su profundidad.

Si existe hiperplasia gingival la técnica de cirugía plástica periodontal corrige el efecto, si la encía adherida se ha perdido o existen atrofiaciones gingivales localizadas, la cirugía muco gingival las corrige, y si los defectos son interóseos, las técnicas quirúrgicas aditivas las corrigen. Lo primordial y algo que no se puede olvidar ante de una intervención quirúrgica es el control de la placa bacteriana, se puede lograr regeneración aun cuando ya exista movilidad dentaria.

CONTRAINDICACIONES.

Está contraindicado en pacientes que sufren enfermedades generales, infecciones agudas, en pacientes gestantes, en pacientes con edad avanzada.

TECNICAS QUIRURGICAS.

- Curetaje gingival y Subgingival.
- Enap
- Gingivectomia-gingivoplastia
- Cirugía mucogingival
- Cirugía ósea
-

CURETAJE GINGIVAL.

La palabra 'curetaje' se utiliza actualmente para significar el raspado de la pared gingival a la altura del saco con el propósito de eliminar el tejido afectado.

RASPADO Y ALIZADO RADICULAR.

Con esta técnica se logra eliminar todas las masas de cálculos adheridos a la superficie dentaria. Se usan diferentes raspadores con movimiento de tracción para separar la masa calcárea de las superficies dentarias y una vez realizado esto se alisa toda la superficie de inserción del cálculo.

LA ENAP.

Básicamente es un procedimiento de curetaje Subgingival que utiliza el bisturí para la eliminación del epitelio del saco en lugar de la cureta.

CIRUGÍA MUCOGINGIVAL.

Se la considera como un tipo de cirugía plástica, que tiene por objeto corregir defectos gingivales, en la línea mucogingival. Está indicada en los casos en los cuales los sacos periodontales traspasan estos límites, ayudan a la eliminación de sacos periodontales.

CIRUGIA OSEA.

Tiene como objetivo corregir defectos óseos que se han formado como consecuencia de la enfermedad periodontal, respetando el hueso de soporte, se pueden utilizar 2 procedimientos: osteoplastia y osteotomía.

GINGIVOPLASTIA.

Se utiliza el término de gingivoplastia para realizar el recontorneado artificial de la encía, buscando devolverle su arquitectura normal y fisiológica se emplea esta técnica en caso de hiperplasia localizada o generalizada.

Es el remodelado plástico de la encía para establecer una forma anatómica adecuada que pueda funcionar fisiológicamente, está indicada en erupciones pasivas alteradas en donde la encía cubre una porción relativamente grande de la corona del diente, en gingivitis ulcerativa necrótica y cuando existen bolsas periodontales poco profundas.

GINGIVECTOMIA

Consiste en la extirpación de la pared gingival de la bolsa periodontal, se utilizar para eliminar bolsas suprimiendo las paredes de tejido blando, destruyendo así el depósito periodontal de bacterias.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA TÉCNICA DE GINGIVECTOMIA Y-GINGIVOPLASTIA.

Indicaciones:

- Eliminación de sacos extraóseos cuya pared es fibrótica y firme, ya que esta pared no se va a retraer con las técnicas de curetaje.
- Eliminación de hiperplasias gingivales.
- Eliminación de abscesos periodontales extraóseos.

Contraindicaciones.

- Cuando está indicado la cirugía ósea por la arquitectura irregular del hueso subyacente
- Cuando el fondo del saco es apical a la unión mucogingival.
- Cuando se pueden presentar problemas estéticos postquirúrgicos.

- Cuando la banda de tejidos de encía adherida no es suficiente⁵⁴.

5.2.3.2.7.3 HALITOSIS.

5.2.3.2.7.3.1 INTRODUCCION.

“Millones de personas atribuyen una gran importancia al aspecto social del mal aliento. Las personas que sufren de mal aliento pierden la confianza en si mismos. Viven con un miedo constante de ofender o molestar a otras personas. Es una situación agotadora que disminuye la calidad de vida.

Muchas veces puede parecer un mal menor que no afecta para nada a quien lo padece, pero que molesta a terceros y resulta, en definitiva, muy perjudicial para las relaciones personales. El mal aliento suele ser insoportable para todos menos para quien lo padece. La explicación a esto radica en las células nasales capaces de detectar el olor acaban por no responder al constante flujo de efluvios fétidos⁵⁵”

“La halitosis es el nombre con que se le conoce al mal aliento, esta una condición común en la población presentándose en cualquier etapa de la vida, y por diversas causas por lo cual es difícil evaluarla.

Se puede presentar como una manifestación de patologías presentes en el organismo. Es necesario encontrar la causa para explicarle al paciente y que tome conciencia de lo importante que es tener un buen aliento⁵⁶,

5.2.3.2.7.3.2 DEFINICION.

⁵⁴Gustavo Barrio M.

⁵⁵ www.alimentacionsana.com

⁵⁶ www.consumer.es

“etimológicamente se deriva del latín halitus que significa exhalación y entre sus sinónimos encontramos, mal aliento, aliento fétido, bromopnea, hedor, etc.⁵⁷”.

“La halitosis es el proceso que provoca un olor anormal del aire espirado, teniendo un olor fétido muy desagradable⁵⁸”.

“Las sensaciones del gusto y el olfato son muy subjetivos, por lo que la halitosis puede ser percibidas por el propio paciente o personas a su alrededor⁵⁹”.

5.2.3.2.7.3.3 MICROBIOLOGIA.

Aunque la lengua y las condiciones periodontales han sido reportados como factores de mayor inducción de la halitosis, “el principal agente causal es la presencia de compuestos volátiles de sulfuro, desprendidos de la putrefacción de los alimentos el 90% de los compuestos volátiles sulfurados aislados en el aliento corresponden al ácido sulfhídrico y sulfuros derivados del como el mercaptano metilado y el disulfuro dimetilado, diversos factores locales como el aumento del PH salival y la disminución de la concentración de oxígeno contribuyen a la formación de los compuestos volátiles sulfurados⁶⁰”. “Todas las bacterias gran negativas anaerobias producen mal olor, entre estas bacterias destacan, Peptoestreptococs, Selenomonas, Centípedas, Bacteroides y Fusobacterium. Además se ha establecido que varias bacterias subgingivales como Treponema Dentícola, Porphiromona Gingivalis, F. Nucleatum, Eubacterium y P. Intermedia pueden producir grandes cantidades de metilmercaptano y sulfuro de hidrógeno a partir de péptidos

⁵⁷ Antonio F. López Sánchez

⁵⁸ www.saveo.org.ec

⁵⁹ Antonio F. López Sánchez

⁶⁰ Antonio F. López Sánchez

que contienen grupos de sulfuros. Se ha determinado que las personas que se quejan de mal olor o que son diagnosticadas de halitosis, normalmente tienen valores más altos de bacterias que colonizan la superficie de la lengua, especialmente una proporción más alta de bacterias gram negativas⁶¹”.

5.1.3.2.7.3.4 ETIOLOGIA DE LA HALITOSIS

“Su etiología es multifactorial, Pueden ser de origen bucal donde, las superficies de la cavidad oral son las responsables del mal olor como consecuencia de la acumulación de placa bacteriana y la consiguiente alteración de las estructuras periodontales se presenta la halitosis, que es la sumatoria de la acumulación de materia alba, placa bacteriana, restos alimenticios, estancamiento salivar, hemorragia gingival etc.

La halitosis en general proviene de la descomposición de varios productos orgánicos de la saliva. A tres horas de producirse el estancamiento de la saliva se puede apreciar halitosis, normalmente los individuos que presentan enfermedad periodontal presentan halitosis mas fuerte.

La halitosis se presenta cuando hay estancamiento prolongado de saliva, en estas condiciones el fluido salivar se reduce a cero y hay tiempo suficiente para que se produzca putrefacción, mas específicamente el dorso posterior de la lengua, por el metabolismo de bacterias, saliva o placa bacteriana, y en otros de los casos es de etiología extraoral⁶²”.

El 87% de los problemas de halitosis tienen un origen oral, en segundo lugar por problemas nasales y en una mínima parte tienen su origen en problemas renales, respiratorios, hepáticos, hormonales, etc.

Clasificando las diversas causas de la siguiente manera:

⁶¹ www.sveo.org.ec

⁶² Gustavo Barrio M

a)“CAUSAS ORALES.

- Lingual
- Periodontal
- Salival
- Boca seca
- mucosas
- dentarias
- otras causas (por tabaco)

b) CAUSA RESPIRATORIA:

- Sinusitis
- Infección pulmonar
- Bronquiectasia
- Absceso pulmonar
- Faringitis
- Rinitis atrófica
- Infección en la garganta

c) DIGESTIVAS:

- Infección por *Helicobacter pylori* en las úlceras gástricas
- Reflujo gastroesofágico.
- Carcinoma gástrico.
- Síndrome de mala absorción.
- Digestiones pesadas.
- Fístulas gastrocómicas, donde hay un paso de gases del intestino grueso al estómago y de éste a la boca.

d) CONDICIONES SISTÉMICAS:

- Diabetes.
- Neuropatías.
- Trastornos hepáticos y biliares.
- Cirrosis hepática.

e) HALITOSIS ORIGINADA POR MEDICAMENTOS:

f) HALITOSIS IMAGINARIA

a) CAUSAS ORALES.

“MUCOSAS. Dentro de otras causas se encuentran las referentes a **mucosas** y **dentarias** como son caries, pulpitis ulcerativa y necrosis pulpar de molares⁶³”.

SALIVAL. La saliva cumple la función de barrido mecánico junto con otras estructuras bucales higienizando la mucosa oral, lengua y dientes, lavando continuamente detritus y bacterias con potencial odorífero, la reducción de la proporción del flujo salival y el estancamiento salival, contribuyen a la formación de la halitosis. A esto hay que sumarle el rol de buffer neutralizante de la saliva que favorece la producción del mal olor y el hecho que proporciona sustratos fácilmente oxidables, lo que provoca depleción de oxígeno, generando compuestos volátiles odoríferos.

PERIODONTAL. Se ha encontrado que en casos de gingivitis, periodontitis y abscesos periodontales intervienen bacterias que también están implicadas en la halitosis.

LINGUAL: Sé ha determinado que el sito intraoral que genera mayor halitosis es el dorso de la lengua, producto de la estructura papilar y gran área superficial lingual que retiene grandes cantidades de leucocitos muertos, células epiteliales descamadas, bacterias, elementos

⁶³ www.odonto.uc.ve

sanguíneos y nutrientes procedentes de la saliva, dieta y mucosidades de la faringe, todo lo cual conforma una película conocida como recubrimiento lingual que es el foco principal de producción del olor oral.

LA BOCA SECA. La saliva que produce nuestro cuerpo sirve a nuestra boca como herramienta de limpieza por lo que tener húmeda la boca corresponde un punto esencial a la hora de **evitar la halitosis**.

El problema de la boca seca o xerostomía puede aparecer también en personas que hablan mucho en poco tiempo, lo que produce que no se alcance a generar tanta saliva. Este es el caso de profesores, maestros, o aquellos que dan largos discursos.

La xerostomía puede provenir también por problemas en las glándulas salivales o por algunas medicaciones como *antidepresivos* o *antihistamínicos* que producen sequedad en la boca.”⁶⁴

CAUSADA POR EL TABACO. “Los fumadores se acostumbran tanto a este *mal olor en la boca* que no lo sienten, pero las personas que no fuman intentarán evitar las conversaciones de corta distancia con fumadores debido al olor a tabaco que proviene de sus bocas.

La nicotina y alquitrán que vienen del cigarrillo, se incorporan en la lengua y los dientes (de allí la decoloración de los dientes de fumadores) y no sólo puede general **olor a cigarrillo** en estas personas, sino que puede agravar periódicamente su halitosis⁶⁵”.

b) CAUSAS RESPIRATORIAS:

”Alteración del flujo nasal de aire o mucus debido a pólipos, cuerpos extraños, anomalías craneofaciales, tumores nasofaríngeos y cicatrices por rinoplastias, los que dan lugar a la halitosis.,sinusitis maxilar crónica de origen dentario y goteo posnasal de los senos paranasales de origen

⁶⁴ www.odonto.uc.ve

⁶⁵ www.alimentacionsana.com.ar

alérgico, que se vehiculiza hacia el tercio posterior de la lengua, generando mal aliento, Faringitis recurrente, Amigdalitis, Vías respiratorias bajas (pulmonar): Por alteraciones infecciosas de los órganos bronquiales y pulmonares, como en el caso de tuberculosis, neumonía, bronquitis, enfisema y carcinoma del pulmón.

c) DIGESTIVAS: Puede deberse a: Infección por *Helicobacter pylori* en las úlceras gástricas, Reflujo gastroesofágico, Carcinoma gástrico, Síndrome de mala absorción, Digestiones pesadas, Fístulas gastrocómicas, donde hay un paso de gases del intestino grueso al estómago y de éste a la boca, Hernia del hiato⁶⁶.

d) CONDICIONES SISTÉMICAS:

“Diabetes: Cuando no está controlada, el aliento cetónico constituye una causa importante de halitosis, Nefropatías: En nefropatías que provoquen uremia, se puede percibir un mal aliento con olor a amoníaco en pacientes que la padecen, trastornos hepáticos y biliares. Los que otorgan un mal aliento como en el caso de la cirrosis hepática.

e) HALITOSIS ORIGINADA POR MEDICAMENTOS: Muchas drogas producen xerostomía, existiendo una relación inversamente proporcional del mal aliento con el flujo salival. Las drogas que la producen incluyen analgésicos, anticolinérgicos, antidepresivos, antihipertensivos, psicoterapéuticos, y otras. Otra causa de xerostomía sería la terapia de radiación debido a la atrofia de la glándula que es inducida por la misma. Otros medicamentos pueden producir olor en el cuerpo y también puede distorsionar el sabor y el olor. Estos incluyen agentes antimicrobiales, antirreumáticos, antihipertensivos, y drogas psicofarmacológicas⁶⁷.

⁶⁶ www.odont.uc.ve

⁶⁷ www.odont.uc.ve

f) HALITOSIS IMAGINARIA: “Existen pacientes que se quejan de mal aliento crónico y tienen una variedad de síntomas psicopatológicos que en los casos más severos pueden desencadenar en grandes desordenes. Por lo tanto un Síndrome de referencia olfatoria es una condición de reconocimiento psiquiátrico en donde ocurre una somatización de algunas presiones resultando que el paciente cree que emana un olor fuerte de alguna parte del cuerpo y generalmente es la boca; lo cual va a interferir en su normal desenvolvimiento social. Antes del diagnóstico de este tipo de halitosis, el paciente debe recibir una repetición del examen debido a su subjetividad y deben ser examinados antes de comer y de los procedimientos de higiene oral, preferiblemente en la mañana, en caso de confirmarse la ausencia física de la halitosis, el paciente debe ser remitido al psicólogo.

5.2.3.2.7.3.5 TIPOS DE MAL ALIENTO.

SEGÚN EL TIEMPO.

INTERMITENTE, se caracteriza por intervalos alternados de presencia y ausencia de halitosis. **Continua**, no existe interrupción en la existencia de halitosis en el paciente.

SEGÚN EL OLOR EMITIDO.

el aroma emitido pertenece a un tipo de olor **específico, Inespecífico**, no puede determinarse que el aroma emitido por el paciente pertenezca a un tipo particular de olor, también encontramos el **olor a podrido**, puede indicar un deterioro dental, enfermedad de las encías o sinusitis⁴⁶. **Un, olor afrutado**, podría ser síntoma de diabetes mellitus. El **olor a queso**

⁴⁶ www.alimentacionsana.com

en un niño suele avisar de la presencia de un cuerpo extraño en su nariz, un **olor a orina** puede ser síntoma de fallo renal⁶⁸.

5.2.3.2.7.3.6 DIAGNÓSTICO DE LA HALITOSIS.

Una vez realizada una acuciosa anamnesis general del paciente, así como un completo examen intraoral y extraoral, debe ser realizada una anamnesis particular para el diagnóstico de la halitosis, esta debe ir, además, acompañada de exámenes específicos que nos permitan confirmar o refutar el diagnóstico de halitosis y de corroborarlo, conocer su origen.

“Es posible clasificar al paciente que ha resultado ser halitósico

- Paciente consciente de su problema: es el paciente más fácil de tratar, pues quiere resolver su problema y ellos buscan al clínico.
- Pacientes que no saben que tienen halitosis: estos pacientes acuden porque son obligados por terceros.
- Pacientes que creen ser halitósicos sin serlos⁶⁹.

5.2.3.2.7.3.7 TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS

Si la causa es oral como mayormente los es la halitosis desaparece al realizar una higiene bucodental adecuada, cepillándose los dientes, encías y lengua después de cada comida y acudiendo al dentista con regularidad. En relación con la alimentación, es importante beber agua en abundancia o masticar chicles (sin azúcar), para conseguir que la boca genere saliva, ya que ésta es la encargada de eliminar las bacterias bucales. Así también se evita que la boca esté seca, otra de las causas

⁶⁸ www.alimentacionsana.com

⁶⁹ www.diagnostique.com

de la aparición del mal aliento. "El paciente debe evitar las comidas olorosas, reducir los intervalos de las comidas; debe llevar a cabo cambios en sus hábitos que favorezcan la oxigenación de la boca, tales como disminuir consumo de cigarrillos, alcohol, tomar agua, etc⁷⁰". Pero sin embargo se debe de realizar un buen diagnóstico y dependiendo de las causas buscar la manera adecuada de combatirla.

Si la causa de la halitosis es **extra oral**, se deberá derivar al paciente al especialista indicado instaurar tratamiento periodontal, y el "Uso de pastas y colutorios, capaces de convertir los compuestos volátiles en no volátiles.

En el control mecánico se debe recalcar la técnica de cepillado, poniendo especial énfasis en la remoción de placa y recubrimiento lingual, ya sea con cepillo o con limpiadores.

Se pueden utilizar distintos productos para el tratamiento, según su objetivo entre ellos encontramos.

- Antibacterianos
- Aceites fenólicos aromáticos
- Clorhexidina
- Bicarbonato de sodio en pasta dental.
- Cloruro de zinc
- Cambio de hábitos⁷¹.

5.3 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA TENER BUENA SALUD BUCAL.

En la actualidad contamos con gran cantidad de métodos para prevenir patologías bucales.

⁷⁰ www.alimentacionsana.com

⁷¹ www.alimentacionsana.com

La mayor parte de las personas desconocen la existencias de medidas preventivas, es decir como poder prevenir la aparición de caries, halitosis, enfermedades periodontales, etc.

“El mejor modo de prevenir las patologías bucales es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al [odontólogo](#) o al estomatólogo⁷².”No hay terapia exitosa que no este basada en un adecuado control de la placa⁷³”.

También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa.

“La caries dental es un problema sanitario muy importante en la población, y los afectados no están muy sensibilizados con este problema, por lo que los odontólogos deben tener un [objetivo](#) que debe ser difundir medidas de prevención sencillas y al alcance de todos para erradicar hábitos tan perniciosos como los que producen las caries⁷⁴”, creando conciencia en la población educándoles y motivándoles para que conozcan la importancia de la salud bucal y como poder prevenir la patologías bucales.

5.3.1 MOTIVACION Y EDUCACION DEL PACIENTE

“Entonces como primera medida de prevención tenemos la motivación y educación del paciente en cuanto a medidas de prevención se refiere.

Como segunda medida tenemos el uso de un adecuado cepillo dental, que es el medio mecánico mas ampliamente utilizado para el control

⁷² http://es.wikipedia.org/wiki/higiene_bucodental.

⁷³ Julio Barrancos Mooney

⁷⁴ www.monografias.com/trabajo55higiene_de_boca/higiene_de_boca2.

personal de la placa bacteriana, con su respectiva pasta dental, hilo dental, y el uso de enjuagues bucales.⁷⁵”.

“La más importante de las indicaciones es la visita al odontólogo o al estomatólogo, para realizase una Profilaxis dental.

La profilaxis dental es también conocida como limpieza mecánica, es el procedimiento que realiza el odontólogo de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental.

5.3.2 ANALISIS DIETETICO

“El azúcar y los dulces han sido considerados durante mucho tiempo los principales causantes de la caries, pero realmente no son los únicos responsables. Los alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (almidón) son los que causan el mayor deterioro, ya que se adhieren a los dientes y los ácidos que forman placa bacteriana y permanecen mayor tiempo en contacto con el esmalte en lugar de ser eliminados por la saliva⁷⁶”.

“Una fuente dietética de carbohidratos es necesaria para que las bacterias produzcan los ácidos que inician la desmineralización

La frecuencia del consumo de carbohidratos es mas importante que la cantidad, debido que repetidas ingestas tiene como resultado periodos

⁷⁵ www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml

⁷⁶ www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/Nutricion/caries.htm

prolongados de producción de ácidos y bajo pH en la superficie dentaria”.⁷⁷

“Con la fruta seca, rica en azúcares simples, ocurre lo mismo que con los alimentos ricos en almidón. Los zumos ácidos, como el de naranja, limones y otros, también contribuyen al deterioro dental, debido a sus niveles de acidez y alto contenido en azúcares simples. Sin embargo, no por ello debemos evitar estos alimentos; lo realmente importante es no tomarlos entre horas y no descuidar nuestra higiene bucal⁷⁸”

Así mismo, no conviene tener en la mesilla de noche bebidas que no sean agua, zumos u otras bebidas azucaradas y leche, que contiene un azúcar llamado Lactosa.

En general lo recomendado es tener una buena dieta y así prevenir una mayor incidencia de la aparición de caries.

- Reducir el consumo total de azúcares sencillos de la alimentación diaria.
- Evitar comer entre horas
- Asegurar un aporte mínimo de Flúor, ya sea de forma tópica o de forma sistémica

5.3.3 HIGIENE BUCAL

5.3.3.1 CONCEPTO

“La higiene bucal es el conjunto de normas y prácticas tendientes a la satisfacción más conveniente de las necesidades humanas.

⁷⁷ Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana

⁷⁸ www.alimentacion-sana.com

Esto nos ayuda a llevar una vida sana y limpia para poder evitar diversas enfermedades, la higiene bucal nos da una buena imagen para el futuro, no es solo importante que uno mismo se mantenga en un ambiente higiénico, sino que también lo hagan nuestros semejantes⁷⁹”.

“La higiene dental nos permitirá prevenir enfermedades en las encías y evitará en gran medida la caries. Pero una higiene dental se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas, además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva.

La placa bacteriana es el elemento principal en la aparición de las dos patologías más frecuentes en la cavidad bucal, las caries y las periodontopatías, por eso el eliminar la placa bacteriana es importante, mediante un buen hábito de higiene bucal⁸⁰.”

La **higiene** dentaria barre los residuos y las bacterias que provocan las caries y la enfermedad periodontal. Por donde pasan eficazmente el cepillo dental y el hilo, no se producen caries ni sarro y nos ayuda a tener unas encías y dientes sanos.

5.3.3.2 IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE BUCAL

“Las infecciones bucales habitan sólo en la cavidad bucal pero pueden causar infecciones mediante diseminación de microorganismos ocasionando un proceso infeccioso, a veces, de complicaciones fatales, como son: meningitis, infartos al miocardio, infartos pulmonares, gastritis y conjuntivitis, entre otros.

⁷⁹ www.monografias.com/trabajos55higiene-de-boca.shtm

⁸⁰ www.dentagora.com/halitosis.html

La salud dental no solo es cuestión de estética sino también de que gocemos de una buena salud en general⁸¹”.

Es importante mantener una buena salud bucal por que nos ayuda a mantener los dientes libres de caries y prevenir las enfermedades de las encías. Una pobre salud oral puede afectar su apariencia y la autoestima, y se ha relacionado con problemas de dormir, así como problemas conductuales y de desarrollo en los niños.

Una Pobre salud oral también puede afectar a su capacidad para masticar y digerir los alimentos adecuadamente.

En conclusión una buena salud bucal nos ayudará a no solo tener una dentadura sana, sino también a mantener una autoestima elevada y un bienestar general.

Por eso es importante que los padres inculquen en los niños unos buenos hábitos de higiene bucal para así evitar en el futuro una gran parte de estos problemas bucales.

5.3.3.3 PATOLOGIAS BUCALES CAUSADAS POR UNA MALA HIGIENE BUCAL

“La gingivitis y las caries son unas de las afecciones bucodentales más comunes en el mundo, una mala higiene dental suele ser la causa de su aparición, y una intervención a tiempo es la mejor manera de evitar que se convierta en una periodontitis, una enfermedad que daña el hueso

⁸¹ www.dentalsaucedo.com

alveolar y puede llegar a provocar en su efecto mas grave la caída del diente.

La halitosis es otra patología causada por una mala higiene bucal, esto es a consecuencia de la acumulación de placa bacteriana y la descomposición de la misma, esta va a generar un mal olor en la cavidad bucal⁸².

5.3.3.4 EL CEPILLO DENTAL.

El cepillo dental es un instrumento fundamental para la eliminación mecánica de la placa bacteriana, existe una gran variedad de cepillos dentales en el mercado, que varían en tamaños y formas necesarias que se ajustan a cada necesidad individual de cada persona.

5.3.3.4.1 CARACTERISTICAS

“Para la elaboración y diseño de un cepillo dental intervienen diversos factores tales como:

- El largo.
- El diámetro.
- El número y disposición de las cerdas y
- El diseño del mango.

⁸² www.puntovital.cl/vida/sana/salud/bucal.htm

En la actualidad se fabrican más los cepillos dentales con cerdas de nailon que los de cerdas naturales, porque estos últimos tienen una desventaja, que absorben más el agua y pierden su dureza, además tienen una depresión central que puede causar que el extremo de las fibras se abran y retengan microorganismos.

Para poder recomendar un adecuado cepillo dental tenemos que tomar en cuenta los siguientes factores que tendremos que observar en las personas.

- Salud bucal de la persona.
- Destreza manual.
- La predisposición que demuestre a los procedimientos que se le indicarán⁸³.

Después de haber observado estos puntos podremos recomendar el cepillo adecuado para cada necesidad.

“Entre las características del cepillo adecuado tenemos.

- Adecuado tamaño de la cabeza. para poder permitir una adecuada maniobrabilidad en la cavidad bucal.
- El largo de la superficie activa debe cubrir los dientes vecinos.
- Cerdas que sean controladas por el hombre, medianas o suaves medianas.

⁸³ Julio Barrancos Mooney

- Cerdas con cortes rectos.
- De penacho múltiple.
- Pero la característica más importante es, de que la persona sienta que el cepillo adquirido por el, sea el adecuado, y que sienta una sensación de limpieza en su boca después de cada cepillada⁸⁴.

Cabe recordar que el profesional debe ser muy cuidadoso al recomendar un cepillo dental, porque de este dependerá en cierto grado la salud bucal y dental de una persona.

5.3.3.4.2 TIPOS DE CEPILLOS DENTALES

“Existe en el mercado una multitud de tipos diferentes de cepillos dentales, tales como, cepillos eléctricos, cepillos convencionales, cepillos interdentes, cada uno de estos se ajustará a las necesidades que tenga cada persona.

Los cepillos eléctricos que encontramos en diversas formas, y que se comercializan actualmente, cuentan con distintos mecanismos de acción, que pueden ser giratorias, vibratorias, o de vai ven.

Este tipo de cepillo dental muestra ventaja para pacientes con incapacidad física, niños y adultos con dificultad de higiene, también para

⁸⁴ Julio Barrancos Mooney

pacientes con tratamiento ortodóntico y son muy útiles cuando es necesario cepillarle los dientes a otra persona⁸⁵”.

“Los cepillos convencionales que también en el mercado los encontramos de diversa formas son cepillos indicados para personas que puedan realizarse una higiene bucal por si solos que posean una destreza manual apropiada para poder ejercer cualquier técnica de cepillado que la persona requiera.

Los cepillos interdetales, son cepillos cónicos o cilíndricos, de pequeño tamaño, son muy útiles para limpiar los grandes espacios interdetales y las furcaciones ya que se adapta fácilmente a las superficies dentales irregulares⁸⁶”.

5.3.3.4.3 TÉCNICAS DE CEPILLADO

“Existen numerosas técnicas de cepillado, cada una de esta ha sido creada para cada tipo de persona y patologías, cuya selección dependerá de cada situación individual que se presente, fundamentándose básicamente en el movimiento impreso del cepillo⁸⁷”.

Las técnicas de cepillado mas usadas son:

- Técnica rotacional.

⁸⁵ <http://ortodonciasalud.com.ar/?p=59>

⁸⁶ Julio Barrancos Mooney

⁸⁷ Julio Barrancos Mooney

- Técnica de Bass
- Técnica de Charsters
- Técnica de Estillman

TÉCNICA ROTACIONAL.

“Es la técnica más sencilla y conocida.

- Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes
- Los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo y
- Los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto la encía como los dientes en un movimiento arqueado.
- Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies⁸⁸.

TÉCNICA DE BASS.

“Esta es una de las técnicas que se han vuelto muy populares y muy recomendada en personas adultas, esta es útil para remover la placa crevicular en pacientes con surcos gingivales profundos.

- El cepillo se coloca a 45^a respecto al eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal.

⁸⁸ <http://html.rincondelvago.com/higiene-bucodental.html>

- A partir de esa posición el cepillo se mueve de atrás hacia delante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos por una 10 veces en el mismo lugar.
- Para las cara vestibulares de todos los dientes y para las linguales de los premolares y molares el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario.
- Para las caras linguales de los incisivos y caninos superiores e inferiores el cepillo se sostiene verticalmente y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes.
- Para las caras oclusales se recomienda movimientos de barridos cortos en sentido anteroposterior.

Esta técnica tiene capacidad de remover la placa supragingival como la subgingival más superficial⁸⁹.

TÉCNICA DE CHARTERS

“Esta técnica fue descubierta por su autor hace mas de 60 años no es muy usada hoy en día, los pasos a seguir son los siguientes:

- El cepillo se coloca en un ángulo de 45 grados respecto al eje mayor del diente.

⁸⁹ Julio Barrancos Mooney

- Las cerdas se ubican dirigidas hacia oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal, con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de oclusal a gingival.
- Los lados de las cerdas están en contacto con el margen de la encía, y producen un masaje que se repite en cada diente.
- Las superficies oclusales se limpian con un ligero movimiento que fuerza las cerdas hacia los surcos y fisuras.
- En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical donde solo trabajan las puntas de las cerdas⁹⁰.

TÉCNICA DE ESTILLMAN

- "Las cerdas se colocan a 45° respecto de la raíz de los dientes en el margen gingival, en una posición similar al método rotatorio
- El cepillo se sitúa en forma mesiodistal con un movimiento gradual hacia la zona oclusal..
- Se hace un barrido desde la encía hacia el diente
- De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea el tejido gingival⁹¹.

5.3.3.4.4 FRECUENCIA DEL CEPILLADO

"Muy a menudo en los consultorios aconsejan remover la placa con cepillo dental una vez por día ya que se cree que la remoción de la

⁹⁰ Julio Barrancos Mooney

⁹¹ Julio Barrancos Mooney

placa cada 24 horas es suficiente para prevenir la iniciación de la caries y de la enfermedad periodontal,

Pero mediante estudios e investigaciones se ha podido comprobar que aunque el cepillado sea una vez al día, no existe certeza alguna que asegure que la remoción de placa aunque sea bastante minuciosa sea suficiente para impedir la formación de ácidos por parte de la placa.

Por otro lado, se ha demostrado que entre los microorganismos cariogénicos los principales son los estreptococos y que estos colonizan sobre los dientes muy pronto después de que la placa ha sido removida, entonces podemos concluir de que estas colonias tienen la misma rapidez para producir ácido⁹²”.

De esta manera podemos decir que la mejor prevención para la caries es que la frecuencia del cepillado dental sea después de cada comida y por la noche antes de acostarse.

5.3.3.4.5 CEPILLADO DE LA LENGUA

“No se puede dejar de lado el cepillado de la cara dorsal de la lengua, ya que en ciertos estudios se han demostrado, la presencia de bacterias que podrían colonizar las superficies dentales o ser responsables de la eliminación de gases que producirán halitosis.

Para el cepillado de la lengua actualmente en el mercado encontramos gran variedad de artículos que nos podrán ayudar con la limpieza de la lengua, tales como:

Cepillos convencionales o cepillos específicos para la lengua⁹³”.

⁹² www.saludaldia.com

⁹³ Julio Barrancos Mooney

“El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos la placa bacteriana y e1 número de microorganismos.

La técnica correcta para cepillar la lengua consiste en:

- colocar e1 cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náuseas
- las cerdas deben de apuntar hacia la faringe.
- Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante
- el movimiento debe de repetirse de seis a ocho veces en cada área.

El uso de dentífrico lleva a obtener mejores resultados⁹⁴”.

5.3.3.4.6. IMPORTANCIA DEL DENTRIFICO

“La pasta dental es la compañera inseparable del cepillo dental, y el enjuague es el complemento ideal.

Es importante lo que pasa en cada rutina de limpieza, frente al espejo se podrá observar y sentir una sensación de limpieza y frescura, que queda en la boca después del cepillado.

Pero lo que ha sucedido dentro de ella va mas allá de lo perceptible a la vista humana, es todo un proceso de eliminación de bacterias gracias a los componentes y proporciones que se utilizan en determinados productos que permiten lograr sorprendentes resultados.

El saber cuál es el indicado para cada persona en la higiene bucal es imprescindible porque no todos actúan favorablemente.

⁹⁴ <http://html.rincondelvago.com/higiene-bucodental.html>

Estos deberán contener sustancias que ayuden a remineralizar los dientes y protegerlos contra la acción bacteriana, componentes como el flúor, triclosán, gantrez, sílica son los más utilizados, y ayudaran a dar mejores resultados”⁹⁵.

5.3.3.5 HILOS DENTALES

“Todas las técnicas de higiene bucal para ser completa debe incluir el uso de hilo dental, este sirve para limpiar correctamente las superficies dentales proximales planas o convexas, de los pacientes con un tejido periodontal sano, que hayan sufrido resección interproximal.

5.3.3.5.1 TIPOS DE HILOS DENTALES.

En el mercado existen distintos tipos de hilos dentales, que presentamos a continuación:

- Hilos con cera
- Hilos sin ceras
- Hilos fluorados

Entre estos hilos tenemos, que el hilo sin cera es el más apropiado para eliminar la placa bacteriana, pero diversos estudios realizados aseguran que el hilo con cera es el más eficaz cuando se presenta diversas situaciones en la boca tales como, restauraciones sobredimensionadas, puntos de contactos interproximales muy unidos, esto es debido a que posee cera y permite el paso del mismo, y no se rompe tanto como el hilo sin cera⁹⁶”.

⁹⁵ Salud Oral

⁹⁶ Julio Barrancos Mooney

5.3.3.5.2 TÉCNICA DE USO DEL HILO DENTAL

“Para el uso del hilo dental se requiere que la persona posea una destreza medianamente compleja, lo que representa un inconveniente a la hora de usar hilo dental para muchas personas que sufran alguna incapacidad.

La técnica que es más común y más fácil de usar es:

- Se requiere de 46 a 60 cm. de hilo dental.
- Enrollar el hilo alrededor del dedo mayor de cada mano, dejando de 5 a 8 cm de hilo entre ellas.
- Tensar el hilo entre los índices de ambas manos, dejando 2 cm de hilo entre los índices.
- Ubicar el hilo entre los dientes redondeando contra la superficie de cada cara proximal.
- Deslizar el hilo hacia la encía con movimientos de serrucho y de vaivén de arriba hacia abajo para remover la placa interproximal, hasta alcanzar debajo del margen gingival.
- Desplazar el sector del hilo usado en cada espacio proximal, para limpiar cada diente con hilo limpio⁹⁷”.

“Es recomendado realizar la limpieza con hilo dental por lo menos una vez al día durante dos o tres minutos para que sea más efectiva⁹⁸”.

⁹⁷ Julio Barrancos Mooney

⁹⁸ www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_growth_sp/flosing.cfm

5.3.3.6 USOS DE ENJUAGUES BUCALES Y OTRO COLUTORIOS.

“Los colutorios o enjuagues bucales tienen compuestos que generan una sensación de limpieza y frescura que ayudan a mejorar el aliento, pero lo más importante es que poseen compuestos que combaten la formación de la placa bacteriana. Es esta característica la que permite que disminuya la inflamación y el sangrado (gingivitis) que produce como respuesta la encía frente a la placa bacteriana.

En caso de que la encía esté más enferma, se haya reabsorbido hueso y existan sacos periodontales, el uso de enjuagues debe ser solo después de que se haya tratado esta enfermedad (periodontitis), ya que al usar el enjuague se reducirá la inflamación pero no se detendrá el avance de la enfermedad, y el cuadro se podría enmascarar pasando inadvertido por el paciente.

Por ende los enjuagues bucales se recomiendan para combatir solo la gingivitis, y el mal aliento en algunas ocasiones.

Los enjuagues limpian la boca de bacterias, pero no son selectivos, atacando organismos que sí son beneficiosos. Su uso abusivo y sistemático puede agredir tejidos que no estén preparados para soportar tal nivel de irritación⁹⁹.

⁹⁹ www.facedental.es/enjuague-colutorios-otro-factor

TIPOS DE ENJUAGUES BUCALES.

“En el mercado existen diversos tipos de enjuagues bucales tales como:

- Enjuagues bucales que contiene en su composición alcohol.
- Los enjuagues bucales sin alcohol.
- Enjuagues bucales fluorados.
- Enjuagues bucales antimicrobianos.

Cada uno de estos enjuagues ha sido creado para cada necesidad que se presente. El alcohol en algunos casos produce irritación en las mucosas bucales, por lo tanto el odontólogo aconsejará el uso de enjuagues sin alcohol.

Los enjuagues bucales generalmente tienen efecto cosmético no duradero sobre el mal aliento, si tiene que usar constantemente algo para refrescar el aliento y disimular el olor desagradable en la boca, visite a su dentista. Si necesita más ayuda para controlar la placa dental, su dentista le puede recomendar un enjuague bucal especial antimicrobiano. El enjuague bucal con fluoruro, usado en conjunto con el cepillado y el hilo dental, puede ayudar a prevenir las caries dentales”¹⁰⁰.

5.3.3.6.2 FRECUENCIA DEL USO DE ENJUAGUES BUCALES

“El complemento del aseo bucal, son los enjuagues bucales, estos eliminan la placa bacteria en conjunto con el cepillado, porque solo no hacen ningún efecto.

¹⁰⁰ www.ada.org

Los enjuagues bucales pueden ser retenidos en la boca por lapso de 1 minuto o más esto se los deberá utilizar a la finalización de cada cepillado bucal, con el fin de obtener mejores resultados”¹⁰¹.

5.3.3.6.3 CLORHEXIDINA

“La clorhexidina es una sustancia antiséptica. Pertenece al grupo de las bisguanidas y se utiliza ampliamente en odontología a concentraciones de 0.2%,0.12% y 0.10 % en presentaciones para el uso como colutorio o enjuague bucal.

Estas concentraciones tienen una baja actividad como fungicida ya que se requieren concentraciones más altas para poder tener una eficiente actividad contra estos microorganismos. Pero una prolongada exposición o uso excesivo del antiséptico, ocasiona pigmentación de tejidos duros y tejidos blandos. Esta pigmentación no es permanente y puede ser removida con una profilaxis sencilla o limpieza profesional.

Un efecto adicional a su uso prolongado, es una ligera disminución en el gusto. Otros afirman que aumenta la sensibilidad a los cambios de temperatura en la dentadura de los pacientes.

La Clorhexidina requiere ser protegida de la luz pues se descompone fácilmente. A temperaturas altas se descompone en cloroanilina y la presencia de materia orgánica la inactiva fácilmente.

El efecto antimicrobiano del Gluconato de Clorhexidina es causado por disrupción de la membrana de la célula microbiana. Si bien esta molécula es de amplio espectro, tiene más efectividad sobre gérmenes gram positivos que para gram negativos. La acción contra el bacilo de la

¹⁰¹ Salud oral.

tuberculosis es mínima; no es fungicida, aunque estudios recientes ha mostrado actividad contra *Candida albicans* en pacientes inmunosuprimidos.

Es tóxica cuando se la instila en el oído medio y produce daño de córnea cuando se la instila en los ojos. El Gluconato de clorhexidina debe ser almacenado a temperatura ambiente, ya que altas temperaturas, o muy bajas, pueden abolir su efecto. La vida media en envases adecuados puede ser de hasta dos años.”¹⁰².

5.3.3.7 PROFILAXIS DENTAL

“La profilaxis dental es también conocida como limpieza, es el procedimiento que realiza el odontólogo de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental.

La limpieza mecánica profesional de los dientes es la eliminación selectiva de la placa bacteriana de la superficie de todos los dientes.

Para esta tarea laboriosa de la limpieza bucal el profesional cuenta con instrumentos y equipos especiales que son:

- Pequeños cepillos giratorios
- Pequeñas copas de goma
- Curetas o raspadores afilados
- Dispositivos ultrasónicos
- Dispositivo micro abrasivo a presión

Existen muchas formas de realizar una limpieza profesional, esto también depende de la habilidad del odontólogo y de los equipos con los que

¹⁰² <http://es.wikipedia.org/wiki/Clo>.

cuenta, la limpieza dental profesional, dura aproximadamente unos 45 minutos y consta de 4 fases que son:

- La eliminación del sarro dental por medio de curetas multifilos, o también se lo puede realizar con un dispositivo de ultrasonido.
- Remoción de la placa bacteriana y de manchas dentales, utilizando cepillos o copitas de gomas con pasta abrasiva.
- Eliminación profunda de la placa dentobacteriana por medio de un sistema micro abrasivo a presión en zona de difícil acceso.
- Aplicación de flúor tópico, utilizando gel fluorado y cubetas para fluorización”.

Es recomendable que el paciente visite al odontólogo cada 6 meses para realizarse esta limpieza que es muy importante para prevenir problemas de mayores consecuencias¹⁰³”.

5.3.4 FLUOR

“El flúor fue descubierto por Marggraf Scheele (1771) en forma de ácido hidrofluorhídrico pero debido a la gran afinidad de este elemento de combinarse con otros, no fue aislado hasta 1886 por Moisen; la presencia de Flúor en materiales biológicos fue observada por primera vez en 1803 por Morichini en los dientes de elefantes fósiles. Berzelius en 1823 detecto los niveles del fluoruro en [el agua](#).

En tal sentido, Madeiros (1.998) afirma, que el flúor es el más electronegativo de todos los [elementos químicos](#), el flúor no se encuentra en su forma elemental, siempre será observado combinado con fluoretos, siendo el más común la Criolita y la Apatita¹⁰⁴”.

¹⁰³ www.profilaxis.com

¹⁰⁴ www.monografias.com/trabajos6/fluor/fluor.shtml

5.3.4.1 VIAS DE APLICACIÓN DEL FLUOR

La aplicación de flúor es la actividad que busca aplicar, frotar o poner en contacto la porción coronal de los dientes con una sustancia que contenga flúor para incorporarla a la superficie y producir mayor resistencia a la caries.

En la actualidad con el avance de la tecnología el flúor es un elemento que lo podemos encontrar en diversos compuestos, y es utilizado para nuestro beneficio, existiendo dos vías más comunes de aplicación de flúor que son:

- Vía Tópica
- Vía Sistémica

Existe diversas formas de aplicación tópica de flúor, entre las más comunes y las más usadas son:

- Geles
- Barnices
- Dentífrico
- Colutorio
- Seda Dental Fluorada
- Pasta Profiláctica
- Chicles con Flúor

“La aplicación tópica de flúor logra que en la capa superficial del esmalte se concentre gran cantidad de ión flúor; al reaccionar éste con el calcio se forma fluoruro cálcico, a partir del cual se produce un intercambio más

profundo del ión flúor con la hidroxiapatita, donde por diversos mecanismos de intercambio, de cristalización, absorción, etc, los oxidrilos son reemplazados por el ión fluorhidroxiapatita, compuesto estable y permanente que aumenta la resistencia del esmalte a la desmineralización.

Otro mecanismo de acción es la remineralización de las estructuras duras en el diente hipomineralizado, al promover la inclusión de minerales en su estructura, debido a la gran cantidad iónica.

También los fluoruros ejercen una acción antibacteriana por sí mismos, siendo ésta mayor para el fluoruro estañoso, debido no sólo al ión flúor sino también al ión estaño¹⁰⁵.

El flúor es una sustancia peligrosa cuando se ingiere en dosis altas, de una vez, o en dosis bajas de manera continua, sus efectos nocivos van desde fluorosis dental hasta trastornos gástricos reversibles, fluorosis ósea o la muerte.

“El efecto cariostático del flúor tópico se estudió a partir de 1940 y, desde entonces, los estudios realizados han sugerido que la caries puede ser casi completamente inhabilitada, por la aplicación de flúor¹⁰⁶”.

“El flúor inhibe la caries en tres formas:

- Tiene efectos antimicrobianos directos sobre los Streptococos Mutans y otros microorganismos.
- Aunque no es un participante directo en la remineralización, el flúor actúa como un catalizador para aumentar el proceso de remineralización .

¹⁰⁵ www.saludaldia.com/saludaldia/serviests/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_caries_prevenccion#indice

¹⁰⁶ Julio Barrancos Mooney

- El flúor es incorporado dentro de la estructura mineral de la Hidroxiapatita, haciéndola más ácido-resistente¹⁰⁷.

5.3.4.2 TÉCNICAS PARA LA APLICACIÓN DEL FLUOR

En el método de aplicación tópica, lo ideal es realizarlo previo a una profilaxis dental, y así tener una superficie dental libre de placa bacteriana para que sus efectos sean los requeridos, después de este primer paso se realizará la fluorización tópica por medio de geles fluorados existiendo dos formas de aplicación que son:

- De forma directa o
- De forma indirecta.

“El fluoruro de aplicación tópica no debe considerarse como un agente preventivo, sino que es un medio terapéutico para lesiones activas¹⁰⁸”.

“La forma de aplicación directa es, después de haber realizado la profilaxis el profesional debe aislar los dientes con algodón y aplicando aire comprimido para mantener las superficies de los dientes secos, se utilizará un aplicador, de algodón y con este procederá a aplicar el gel fluorado dejándolo actuar por unos cuatro minutos.

La forma de aplicación indirecta requiere de la utilización de cubetas desechables para fluorización, el procedimiento requiere también de que el odontólogo realice una profilaxis previo a la aplicación de flúor, luego de este procedimiento se procede a la selección de las cubetas adecuadas para la boca del paciente, la superficies de los dientes deben de estar secas.

¹⁰⁷ Actualidades Medicas Odontológicas Latino americana

¹⁰⁸ Julio Barrancos Mooney

Para iniciar la fluorización se sienta al paciente en la silla odontológica en posición erecta con la cabeza inclinada hacia adelante a fin de disminuir el riesgo de ingestión de flúor; se llena la cubeta con una cantidad máxima de 2 ml. o 40% de su capacidad con fluoruro.

Al paciente se le aíslan los dientes con rollos de algodón y se secan con la jeringa de aire para obtener un campo seco que permita mayor absorción de fluoruro. Luego se inserta la cubeta en la boca por 4 minutos, presionándola contra los dientes, para asegurar el cubrimiento de los espacios interproximales y se le pide a la persona que cierre la boca para ayudar a llevar el fluoruro alrededor de todas las superficies dentales. Se succiona durante todo el tiempo de aplicación, ya que al remover el exceso de saliva se evita que el fluoruro se diluya.

Finalmente se le pide a la persona que incline la cabeza hacia abajo para retirar la cubeta bucal, que expectore y se succiona por 30 segundos más después de la aplicación. En esta actividad se debe mantener supervisión continua con el fin de prevenir accidentes con fluoruro¹⁰⁹.

“La vía de aplicación sistémica es en la que los fluoruros son ingeridos y vehiculados a través del torrente circulatorio depositándose fundamentalmente a nivel óseo y en menor medida en los dientes. El máximo beneficio de esta aportación se obtiene en el periodo pre-eruptivo tanto en la fase de mineralización como en la de postmineralización. La administración por vía sistémica de fluoruros supone la aportación de dosis continuadas y bajas del mismo, siendo por tanto los riesgos de toxicidad prácticamente inexistentes¹¹⁰”.

Como vías de administración sistémicas tenemos:

- Aguas fluoradas

¹⁰⁹ www.caries.info/aplicacion_fluor.htm

¹¹⁰ www.tnrelaciones.com/caries/index.html

- En gotas o comprimidos
- Leches
- En las sal

5.3.5 SELLADORES DE PUNTOS Y FISURAS

“El cierre de hoyos y las fisuras de las superficies dentarias por medio de sustancias adhesivas que luego permanecen firmemente unidas al esmalte constituye un procedimiento preventivo y terapéutico extraordinario¹¹¹”.

“En efecto los selladores de fosas y fisuras tienen por objetivo rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitar la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias¹¹²”.

Debido a la alta presencia de lesiones oclusales debido a que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas, los selladores de fisuras son doblemente importantes.

“Hasta la fecha de hoy se conocen cuatro generaciones de selladores de fisuras basados en resinas.

- La primera generación son los polimerizables con luz ultravioleta, que ya no se fabrican.
- La segunda generación son los autopolimerizables.
- La tercera generación son los fotopolimerizables con luz visible.
- La cuarta y más reciente son, los fotopolimerizables con luz visible a los que se ha añadido flúor.

Además existen selladores de fisuras basados en ionómero de vidrio, en estos la retención es menor comparados con los selladores de resinas,

¹¹¹ Julio Barrancos Money

¹¹² www.saludaldia.com

pero permiten una reducción de caries similar a los anteriores, debido a su liberación de flúor, particularmente no se recomienda en los casos de molares parcialmente erupcionados, en los que parte del sistema de fisura se encuentra cubierto por mucosa y no es posible el buen aislamiento necesario para aplicar los selladores de resina¹¹³.

“Idealmente, los sellantes son colocados sobre los dientes posteriores poco tiempo después de su erupción. Estos sellan a los puntos y fisuras del ingreso de las bacterias y evitan el alcance de los nutrientes para las bacterias selladas”¹¹⁴.

“Los fondos de las fosas y fisuras varían anatómicamente entre las personas, de forma que cuanto más profundos son, mayor retención de placa y mayor posibilidad de inicio de caries. El esmalte de estos fondos no se beneficia de los sistemas de fluorización, por lo que es más vulnerable a los ácidos producidos por las bacterias¹¹⁵”.

“El uso de selladores de puntos y fisuras ha mostrado ser un método eficaz en la prevención de caries oclusal durante las recientes décadas. Las mejoras en los materiales dentales han aumentado la retención y han mejorado la sensibilidad de la técnica en los pacientes con alto riesgo de caries¹¹⁶”.

“Se ha demostrado que en la colocación de sellantes sobre una caries no diagnosticada, la caries no va a progresar mientras la fisura permanezca sellada.¹¹⁷”.

Los selladores deben aplicarse y mantenerse en las fosas y fisuras de los niños que presenten un alto riesgo de contraer caries.

¹¹³ www.sdpt.net/CARadhesivo2.htm

¹¹⁴ Actualidades Odontológicas Latino Americana

¹¹⁵ www.tnrelaciones.com/caries/index.html

¹¹⁶ www.sdpt.net/CAR/selladores1.htm

¹¹⁷ Actualidades Odontológicas Latino Americana

“La técnica de aplicación de los selladores fotopolimerizables de resinas consta de diez pasos a seguir que son:

- Aislamiento del campo operatorio.
- Limpieza de la superficie oclusal
- Lavado y secado con la jeringa de aire seco.
- Aplicación del ácido grabador.
- Lavado y secado del ácido.
- Aplicación del sellador en todos los surcos y fisuras profundas.
- Polimerizar por treinta segundos con lámpara de luz halógena.
- Evaluar que el sellador este bien adherido al diente.
- Retirar el aislamiento
- Comprobar la oclusión.

Los instrumentos que se utilizan en esta técnica son mínimos, entre ellos tenemos explorador, pinza algodонера, algodón y lámpara de foto polimerización¹¹⁸”.

“Para la técnica de selladores de autopolimerización tenemos los siguientes pasos a seguir que son:

- Aislamiento de los dientes a tratar.
- Profilaxis de los dientes.
- Lavado y secado.
- Aplicación del ácido grabador.
- Eliminación con agua a presión del ácido grabador, y secado.
- Preparación del sellador.
- Aplicar el sellador.
- Espera que se autopolimerice unos dos minutos desde la preparación.

¹¹⁸ www.sdpt.net/mairureta1.htm

- Controlar la oclusión, comprobar con papel articulador que no cause una mala oclusión¹¹⁹.

“Dentro de cualquiera de estas dos técnicas mencionadas anteriormente para la aplicación de sellantes se recomienda que antes de que se coloque el sellante al realizar la limpieza se utilice la abrasión de agua y polvo de aluminio para limpiar las fisuras y preparar al esmalte para los sellantes¹²⁰

Los dientes que han sido tratados con selladores de fosas y fisuras deben ser evaluados cada seis meses o una vez al año, esto depende del juicio del operador.

¹¹⁹ www.sdpt.net/CARadhesivo2.htm

¹²⁰ Actualidades Medicas Odontológicas Latinoamericana

CAPITULO VI

METODOLOGIA

6.1 DISEÑO METODOLOGICO

6.1.1 TIPO DE ESTUDIO

INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA.

Esta investigación se apoyó en fuentes bibliográficas, libros, tesis, web, que proporcionaron la información para el tema planteado.

INVESTIGACION DE CAMPO

La investigación aplicó encuestas a los internos del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

NIVEL O TIPO DE INVESTIGACION

EXPLORATORIA: Al explorar el centro de Rehabilitación Social, su infraestructura, el modo de vida de los internos, el grado de cultura se determinó su repercusión en la salud bucal.

DESCRIPTIVA: La descripción se utilizó mediante el árbol de problema, en donde se buscaron las causas de las enfermedades bucales, la falta de interés y ausencia total de prevención.

ANALITICA: En la presente investigación se analizó la edad de los internos, la manera de cepillar sus dientes, el estado de salud emocional, grado de cultura, condición socioeconómica, tipo de alimentación, y los hábitos de higiene en los internos del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez,

SINTETICA: Con toda la información obtenida de las diferentes fuentes bibliográficas, las encuestas realizadas y el diagnóstico de las patologías bucales de los internos que en su gran mayoría ya cuentan con historia clínicas se llegó a obtener conclusiones y se pudo ayudar con recomendaciones y soluciones al problema en este grupo poblacional.

PROPOSITIVA: Con los datos obtenidos en las encuestas aplicadas a las P.P.L Centro de Rehabilitación Social encontramos en sí las causas del problema y proponemos las soluciones que ayuden a mejorar la salud bucal de este grupo poblacional y por ende su calidad de vida.

6.1.2 POBLACION

La población la constituyen 40 internos del Pabellón "C" del Centro de Rehabilitación Social de Bahía

6.1.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Como la población es reducida, no se aplicó la técnica del muestreo, tomando a toda la población para la investigación.

6.1.3.1 ÁREA DE ANALISIS Y ESTUDIO

Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

6.1.4 INSTRUMENTOS Y RECOLECCION DE DATOS

Los datos se obtuvieron de fuentes primarias a través de encuestas, y fichas observación e historias clínicas.

Encuestas y fichas de observación dirigidas a las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

Fichas clínicas. Que sirvieron para la recolección de información sobre el estado de salud bucal de las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

TECNICAS.

Encuestas, observación aplicadas a los internos del Centro de Rehabilitación Social Bahía de Caráquez

INSTRUMENTO

Formulario de encuestas

Fichas odontológicas

Concentrado Epidemiológico

Fichas de observación

6.1.5 PLAN DE TABULACION DE DATOS

La tabulación de datos se realizó en el programa Word de la presentación Microsoft office Word.

6.2 VARIABLES Y OPERACIONALIZACION

VARIABLES INDEPENDIENTE

Medidas preventivas.

VARIABLES DEPENDIENTES.

Salud bucal.

VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad del interno.
- Técnica de Cepillado.
- Estado de Salud Emocional.
- Grado de cultura.
- Condición socio económica.
- Tipo de Alimentación
- Frecuencia del cepillado.
- Hábitos del Interno.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Esta variable fue controlada a través de encuestas y fichas de observación realizadas a las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Esta variable fue controlada a través de las historia clínicas odontológicas que se realizaron a las 40 personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

6.3 RECURSOS

En esta tesis se utilizaron los siguientes recursos

6.3.1 TALENTO HUMANO.

- Director de Tesis
- Equipo de investigadores

Personal del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez

- Grupo investigado

6.3.2 RECURSOS MATERIALES.

*Fotocopias

*Internet

*Suministros

*Materiales de oficina

*Encuadernación

6.3.3 RECURSO ECONOMICO

La investigación tuvo un costo de 551 dólares.

6.4 DESARROLLO METODOLOGICO.

Los autores realizaron la selección del problema a investigar los días 2, 3 y 4 del mes de marzo del 2009, siendo esta una tarea difícil, pues existen muchos lugares en donde se presentan problemas que como profesionales de la salud bucal se pueden investigar y plantear soluciones.

La elaboración del proyecto se llevó a cabo en 12 días desde el jueves 5 de marzo al viernes 20 de marzo del 2009 con la ayuda del Lcdo. Roberth Zambrano Encargado del seminario respectivo.

Una vez realizado el proyecto se presentó el borrador del proyecto el día lunes 30 de marzo del 2009, el cual fue corregido los días martes 31 de marzo y miércoles 1 de abril del 2009 por el profesor del seminario, para después de dichas correcciones este proyecto fue presentado en la secretaria de la carrera al día siguiente, fue defendido el día viernes 10 de abril del 2009 por los investigadores y aprobado por el tribunal de tesis el mismo día.

La realización del marco teórico se llevó a cabo en 30 días del mes de mayo, en donde la recopilación de datos e información fue exhaustiva.

Se aplicaron los instrumentos de investigación, desde el 25 de mayo al 12 junio del 2009, posteriormente se realizó la tabulación de resultados en tres días posteriores, y evaluaron los objetivos propuestos y las hipótesis.

Una vez realizado los pasos pertinentes en la primera semana del mes de julio se elaboró la propuesta.

El borrador de la tesis fue presentado el 27 de julio del 2009.

El informe final o tesis de grado se deberá presentar hasta el 6 de agosto del 2009.

CAPITULO VII

7.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

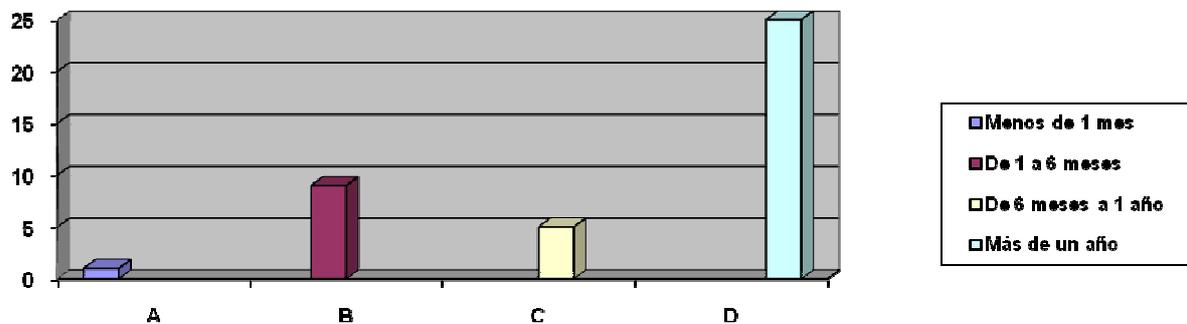
7.1.1 RESULTADOS DE ENCUESTAS

GRAFICUADRO Nº 1

PERSONAL

TIEMPO DE RECLUSIÓN

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA RECLUIDO EN EL CENTRO?



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "c"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

De acuerdo a la encuesta en el grafico N° 1 se detalla que: La columna A que representa a las personas que tienen menos de un mes privadas de su libertad, con una frecuencia de 1 que representa al 2.5%. La columna B representa a las personas privadas de su libertad que tienen de 1 a 6 meses y que son 9 personas que representan al 22.5%. La columna C que son personas que están de 6 meses a 1 año hay 5 personas que representan al 12.5%. La columna D que son más de 1 año se encontraron 25 personas que representan el 62.5%.

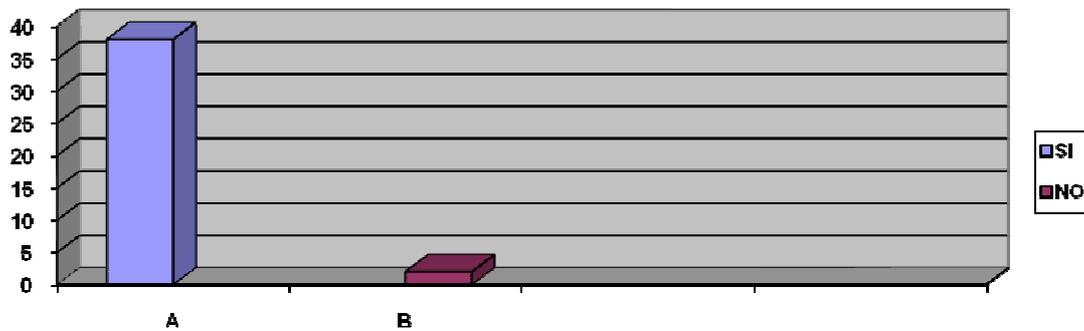
Un porcentaje considerado de personas privadas de su libertad llevan recluidas más de un año en este Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

GRAFICUADRO Nº 2

SALUD BUCAL

¿CREE USTED QUE ES IMPORTANTE UNA BUENA SALUD BUCAL?

	ALTERNATIVA	F	%
A	SI	38	95%
B	NO	2	5%
	TOTAL	40	100%



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "c"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

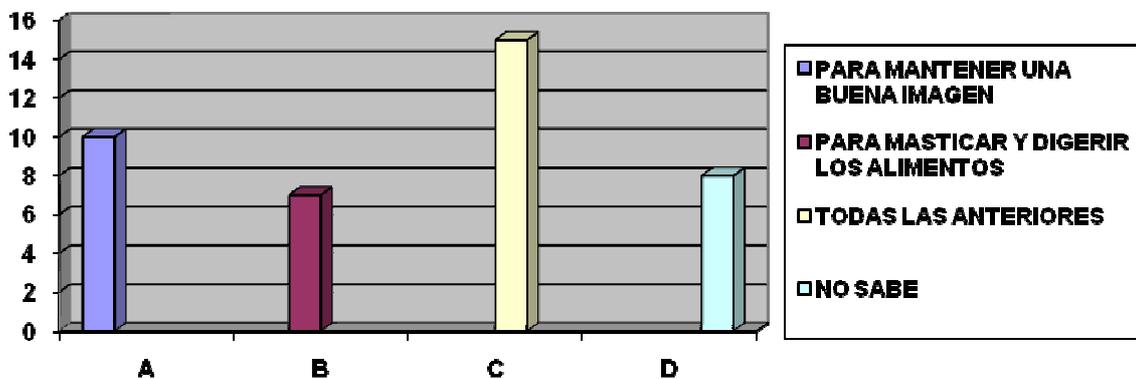
En el grafico N° 2. A la pregunta, las personas privadas de la libertad respondieron con la alternativa si o no, se obtuvieron los resultados siguientes, de 40 personas encuestadas. La columna A que representa a 38 personas que creen que si es importante la salud bucal, representando esto al 95%, La columna B que representa a 2 personas que respondieron que para ellos no es importante una buena salud bucal, representando esto al 5%.

El 95% de los encuestados piensan que es muy importante la salud bucal, tal como lo afirma el articulo " **salud oral**" en donde se afirma que **"La salud bucal esta muy ligada al bienestar general del ser humano por tal motivo cuando se presentan problemas bucales, muchos aspectos de la vida se ven afectados de manera negativa. Surgen dificultades en la comunicaci3n y la baja autoestima"**.

GRAFICUADRO Nº 3

¿PORQUE CREE USTED QUE ES IMPORTANTE TENER UNA BUENA SALUD BUCAL?

	ALTERNATIVA	F	%
A	Para mantener una buena imagen	10	25%
B	Para masticar y digerir los alimentos	7	17.5%
C	Todas las anteriores	15	37.5%
D	No sabe	8	20%
	TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "c"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

En el gráfico N° 3 de acuerdo a 40 personas privadas de su libertad se les planteó la pregunta de:

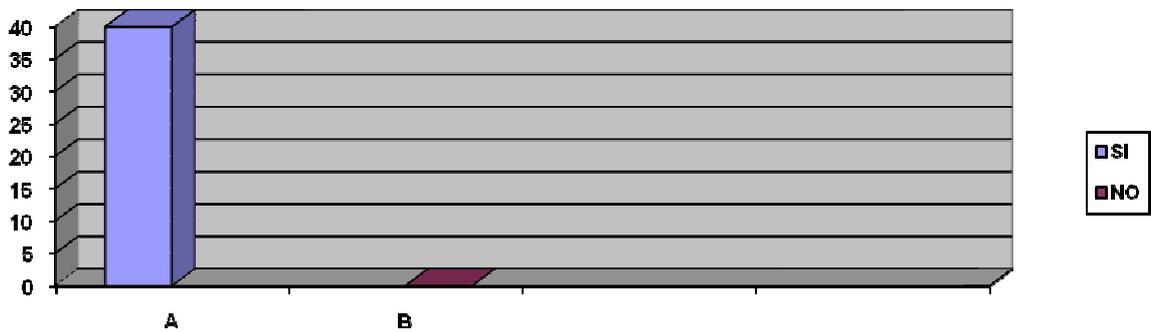
¿Por qué cree usted que es importante tener una buena salud bucal?, en la columna A que representa a 10 personas que respondieron que para mantener una buena imagen, representando esto al 25%. La columna B que indica que 7 personas respondieron que, para masticar y digerir los alimentos, representando esto al 17.5%. La columna C que representa a 15 personas que respondieron todas las anteriores representando el 37.5%. Y en la columna D que indica a 8 personas que respondieron no saber, representando esto al 20%.

Si nos damos cuenta el 37% de los encuestados respondieron que la salud bucal es importante para tener buena imagen y para digerir y masticar los alimentos teniendo en cuenta que tal como lo indica **“salud oral”**. **“La boca es la parte del cuerpo, por la cual ingresan los alimentos forma parte del aparato digestivo, participa en la masticación, deglución, y fonética de ahí que mantenerla saludable es esencial para todo el organismo”**.

GRAFICUADRO N° 4

¿QUISIERA MEJORAR SU SALUD BUCAL?

	ALTERNATIVA	F	%
A	SI	40	100%
B	NO	0	0%
	TOTAL	40	100%



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "c"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

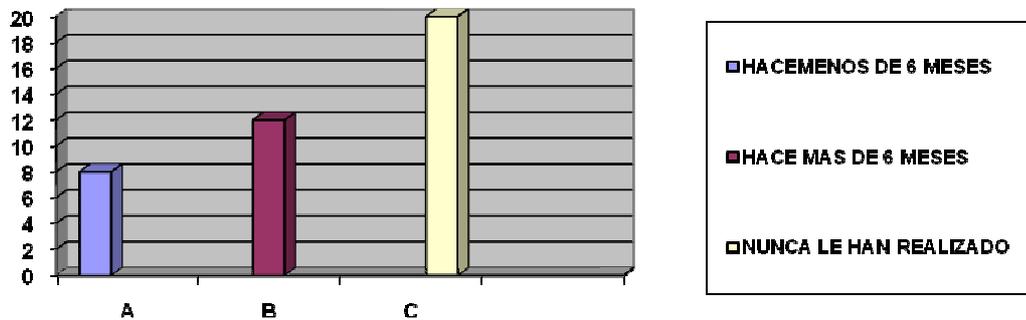
ANALISIS

En el gráfico N° 4 con respecto a la pregunta de que si quisieran mejorar su salud bucal, de 40 encuestados podemos notar que en la columna A todos respondieron si, representando esto al 100% de los encuestados, manifestando por medio de las encuesta la predisposición que existe en ellos por mejorar su salud bucal pues **“la primera medida preventiva tenemos la motivación y educación del paciente en cuanto medidas preventivas se refiere para luego continuar con las otras medidas”**, como es lo indicado por **“www.monografias.com/trabajo11/caries/shtm”**

GRAFICUADOR Nº 5

¿LE HAN REALIZADO LIMPIEZA DENTALES?

	ALTERNATIVA	F	%
A	Menos de 6 mese	8	20%
B	Mas de 6 meses	12	30%
C	Nunca le han realizado	20	50%
	TOTAL	40	100%



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "c"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

El grafico N° 5 representan las frecuencia y el porcentaje de limpieza que se han realizados las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

De 40 encuestados respondieron lo siguiente:

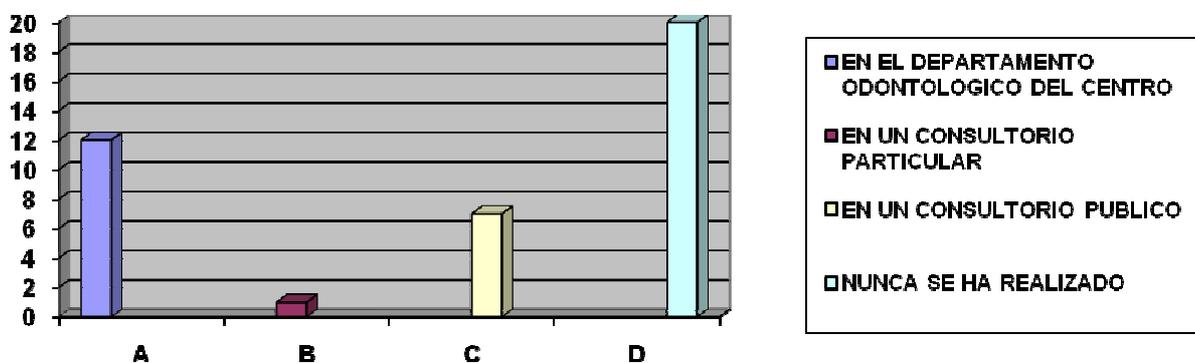
La columna A corresponde a que se han realizado hace menos de 6 meses, con una frecuencia de 8 que equivale al 20%, la columna B corresponde a mas de 6 mese con una frecuencia de 12 que corresponde al 30%, y la columna c una frecuencia de 20 que equivale al 50%, que nunca se han realizado una limpieza dental.

En el 50 % de los casos han no visitado nunca al odontólogo para realizarse una profilaxis para evitar patologías bucales, como lo indica **“www.profilaxis.com” “debe realizar una visita al odontólogo cada 6 meses para realizarse esta limpieza que es muy importante para prevenir problemas de mayores consecuencias.”**

GRAFICUADRO Nº 6

¿DONDE LE HAN REALIZADO LA LIMPIEZA BUCAL?

	ALTERNATIVA	F	%
A	En el departamento odontológico del Centro	12	30%
B	En un consultorio particular	1	2.5%
C	En un consultorio publico	7	17.5%
D	Nunca se ha realizado	20	50%
	TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "c"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

En el grafico N° 6 representa el lugar donde se han realizado limpieza bucal las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

De los 40 encuestados respondieron lo siguiente:

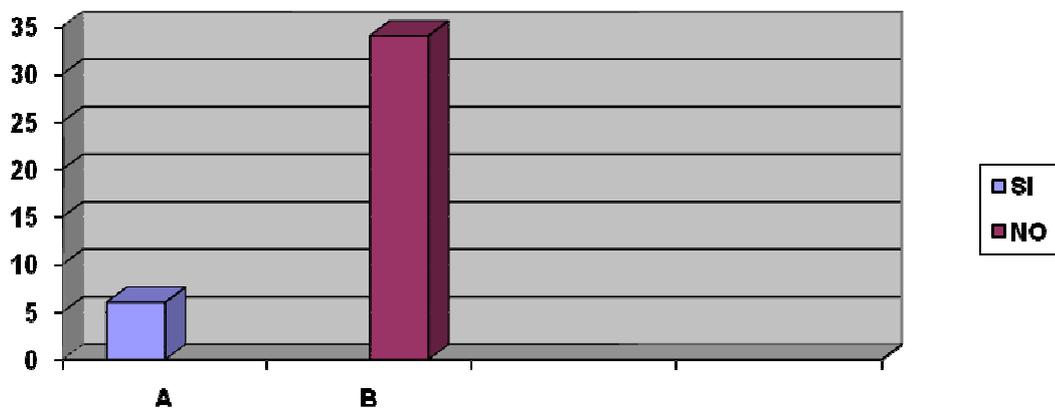
La columna A que representa a que se han realizado en el departamento odontológico del Centro de Rehabilitación Social con una frecuencia de 12 que equivale al 30%, en la columna B que corresponde a consultorio particular con una frecuencia de 1 que equivale al 2.5%, en la columna C que corresponde al consultorio público, con una frecuencia de 7 y que corresponde al 17.5% y la columna D que corresponde ha que nunca se la han realizado, con una frecuencia de 20 que equivale al 50%. Se puede observar un elevado porcentaje de internos que nunca se han realizado una limpieza bucal ni por qué en este centro la atención es gratuita demostrando un desinterés por la salud bucal.

Pues **“la profilaxis dental es el procedimiento que realiza el odontólogo de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodenta”** afirmado por **“<http://es.wikipedia.org/wiki/clo>”**.

GRAFICUADRO N° 7

¿HA RECIBIDO CHARLAS SOBRE SALUD BUCAL?

	ALTERNATIVA	F	%
A	SI	6	15%
B	NO	34	85%
	TOTAL	40	100%



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "c"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

De 40 encuestados 6 respondieron que si han recibido charlas sobre salud bucal equivaliendo al 15% de los encuestados unas 34 personas respondieron que no, nunca han recibido charlas ni educación sobre este tema.

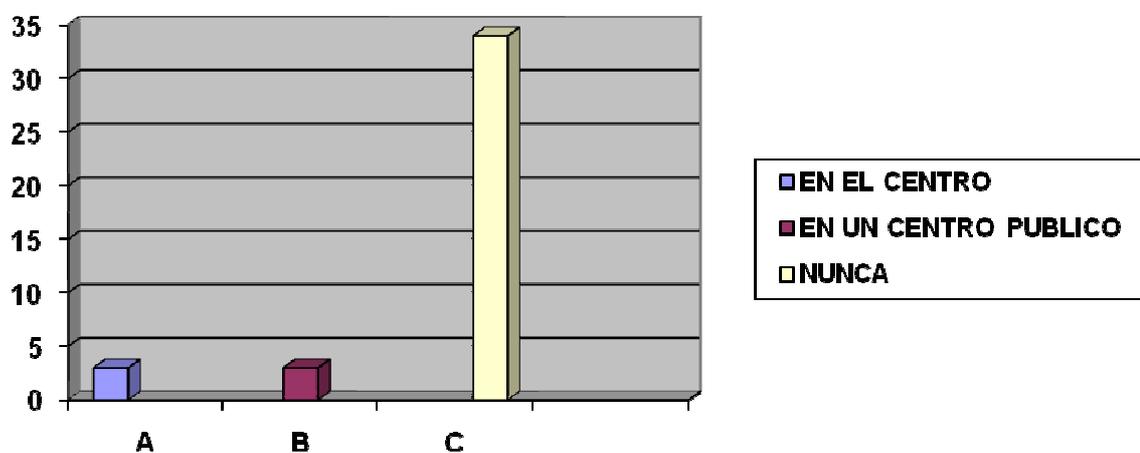
Lo que hace denotar la falta de información y de motivación al paciente en cuanto a medidas de prevención se refiere y sobre la importancia de salud bucal tal como se recomienda en

www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml en donde indica **“una de las maneras de mejorar la salud bucal es la prevención y educar al paciente”**

GRAFICUADRO Nº 8

¿EN DONDE?

	ALTERNATIVA	F	%
A	En el centro	3	7.5%
B	En un centro publico	3	7.5%
C	Nunca	34	85%
	TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

De los 40 encuestados solo el 15% han recibido alguna información sobre salud bucal del cual 3 que equivale al 7.5% en el Centro de Rehabilitación Social y 3 personas cuando estuvieron en libertad recibieron información en un centro de salud publico y unas 34 que representan al 85% nunca han recibido.

El grado de desinformación es admirable pues como se observa aquí un 85% de personas jamás han escuchado algo sobre salud bucal, **“y la mejor manera de las patologías bucales es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al odontologo o estomatólogo”** indicado por [http//es.wikipedia.org/wiki/higiene-bucodental.](http://es.wikipedia.org/wiki/higiene-bucodental)”

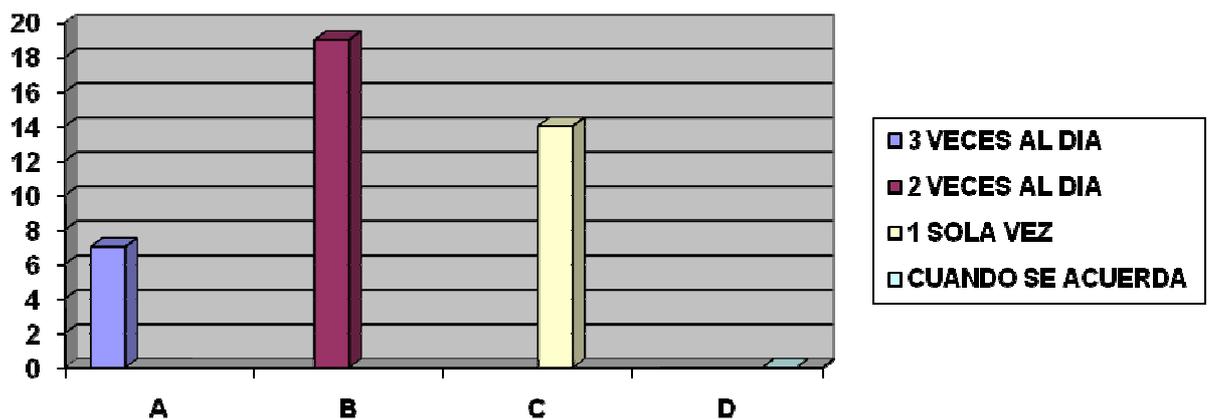
GRAFICUADRO Nº 9

CEPILLADO DENTAL

¿CUANDO USTED SE CEPILLA LOS DIENTES?

FRECUENCIA DEL CEPILLADO

	ALTERNATIVA	F	%
A	3 Veces al día	7	17.5%
B	2 veces al día	19	47.5%
C	1 sola vez	14	35%
D	Cuando se acuerda	0	00%
	TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

El gráfico representa la frecuencia y el porcentaje de la frecuencia de cepillado de las personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación de Bahía de Caráquez, en donde 40 encuestados respondieron:

En la columna A que corresponde a 3 veces al día con una frecuencia de 7 que equivale al 17.5%, la columna B que corresponde a 2 veces al día con una frecuencia de 19 personas que equivales al 47.5%, la columna C que corresponde a 1 sola vez con una frecuencia de 14 que equivale al 35%, y la columna D que corresponde a cuando se acuerda con una frecuencia y equivalencia a 0.

Lo que nos indica que no se cumple con la frecuencia recomendada en donde se da a conocer que lo adecuado **“es cepillarse después de cada comida”**.

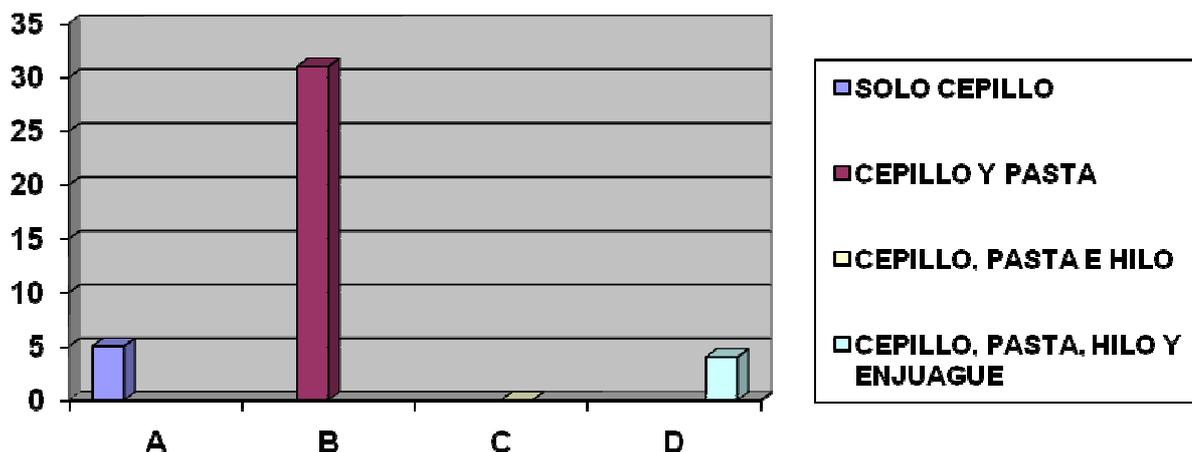
Como lo recomienda **“Julio Barrancos Mooney”**

GRAFICUADRO Nº 10

¿QUE INSTRUMENTO UTILIZA USTED PARA SU HIGIENE BUCAL?

INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL

	ALTERNATIVA	F	%
A	Solo cepillo	5	12.5%
B	Cepillo y pasta	31	77.5%
C	Cepillo, pasta e hilo	0	00%
D	Cepillo, pasta, hilo y enjuague	4	10%
	TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "c"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

El grafico representa los instrumentos que utilizan las personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez, para su higiene bucal donde los 40 encuestados respondieron lo siguiente:

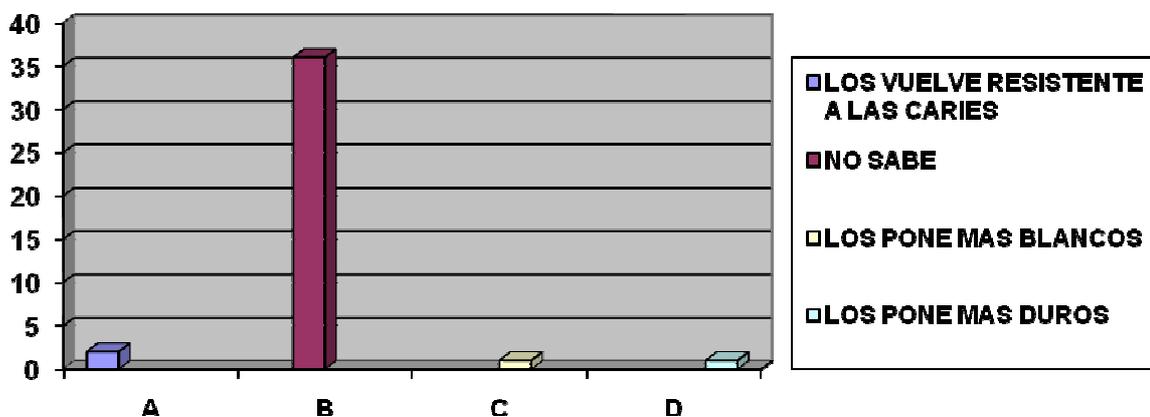
La columna A que representa a los que solo utilizan cepillo con una frecuencia de 5 que corresponde al 12.5%, la columna B que representa a los que utilizan cepillo y pasta con una frecuencia de 31 que corresponde al 77.5%, la columna C que representa a los que utilizan cepillo, pasta e hilo, con una frecuencia y porcentaje de 0, y la columna D que representa a los que utilizan cepillo, pasta, hilo y enjuague, con una frecuencia de 4 que equivale al 10%.

Si notamos un 77.5% realizan su higiene bucal solo con pasta y cepillo y no como lo recomienda “www.ada.org” que recalca que **“para que una higiene bucal sea bien realizada se necesita de cepillo, pasta, hilo, y enjuague bucal”**.

GRAFICUADRO Nº 12

¿SABE USTED CUAL ES LA ACCION DEL FLUOR EN SUS DIENTES?

	ALTERNATIVA	F	%
A	Los vuelve resistentes a las caries	2	5%
B	No sabe	36	95%
C	Los pone más blancos	1	2.5%
D	Los pone más duros	1	2.5%
	TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

El grafico representa a las personas privadas de la libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez, que se les pregunto en la encuesta si conocen cual es la acción del flúor en sus dientes en donde respondieron: de los 40 encuestados 2 respondieron que los vuelve resistente a las caries que representan el 5% graficados en la columna A, en la columna C se encuentran graficado el 2.5% pues solo una persona respondió que los pone mas blanco, el otro 2.5% graficado en la columna d que corresponde a una persona que dijo que los vuelve más duro, y un numero de 36 personas graficadas en la columna B que corresponden al 95% respondieron que no saben.

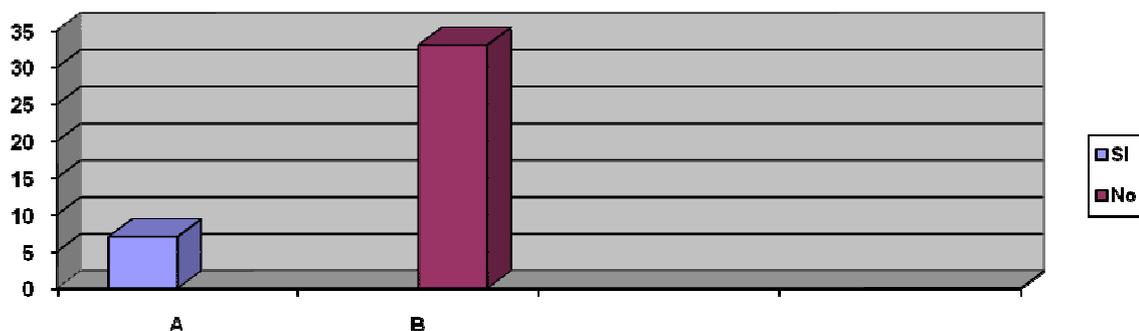
El 95% es un alto porcentaje que indica un desconocimiento total de la capacidad cariostática del flúor indicada por Julio Barrancos Mooney donde indica que: **“el flúor aumenta la resistencia del esmalte y inhibe las caries de 3 maneras , la primera que es el efecto antimicrobiano directo a los Streptococos Mutans y otros microorganismos, 2do aunque no es un participante directo en la mineralización, este actúa como un catalizador para aumentar el proceso de remineralización. Y 3ro se incorpora dentro de la estructura mineral de la hidroxiapatita, haciéndola mas ácido-resistente”**.

GRAFICUADRO Nº 13

CARIES

¿SABE USTED QUE HACER PARA EVITAR LAS CARIES?

	ALTERNATIVA	F	%
A	SI	7	17.5%
B	NO	33	82.5%
	TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C "

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

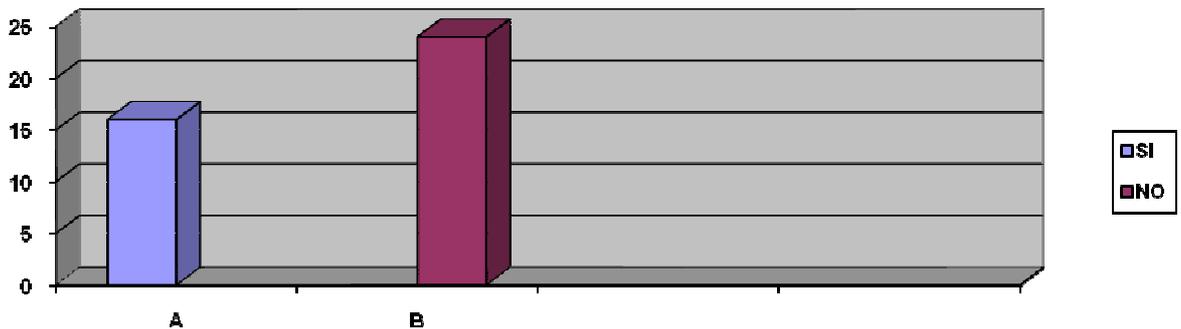
En el grafico N° 13 en cuanto a la pregunta de que si saben qué hacer para evitar las caries, de 40 personas encuestadas, en la columna A que representa a 7 personas privadas de la libertad que respondieron sí, representando esto al 17.5%. Y la columna B con 33 personas privadas de su libertad que respondieron que no, representando esto al 82.5%.

Con estos resultados se constata que no existe conocimiento alguno de medidas preventivas uno de los requisitos indispensable para tener una buena salud bucal, como se indica www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml “

GRAFICUADRO N° 14

¿PRESENTA DOLOR EN ALGUNA PIEZA DENTAL?

	ALTERNATIVA	F	%
A	SI	16	40%
B	NO	24	60%
	TOTAL	40	100%



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

En el grafico N° 14 con la pregunta de que si presenta dolor en alguna pieza dental, y presentando las opciones de sí o no, se obtuvo que de 40 personas, la columna A que representa a 16 personas privadas de su libertad respondieron si, representando esto al 40%. Y en la columna C con 24 personas que respondieron que no, representando esto al 60%.

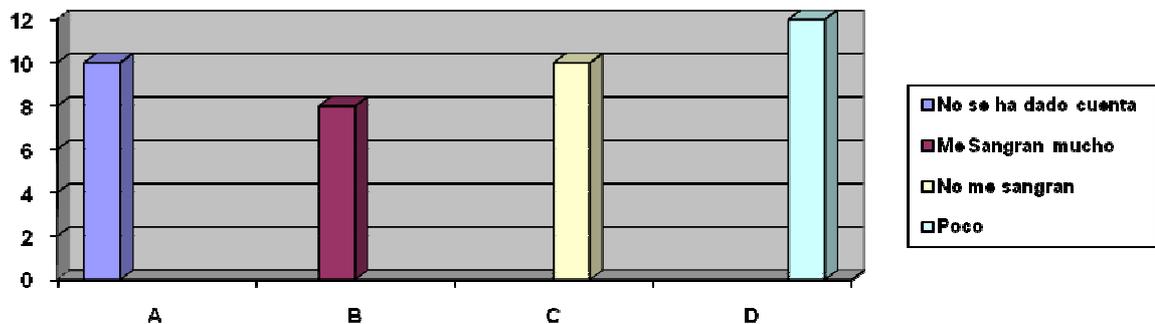
Como se puede observar un 60% de los encuestados no presentan dolor en ninguna pieza dentaria lo que indica un alto índice que se puede evitar la pérdida de la pieza dentaria, **“siendo el dolor un síntoma de cronicidad de las enfermedades bucales, como se menciona en www.Ferato.com/wiki/index/php/caries”**,

GRAFICUADRO N° 15

GINGIVITIS

¿LE SANGRAN SUS ENCÍAS AL CEPILLARSE SUS DIENTES?

	ALTERNATIVA	F	%
A	No se ha dado cuenta	10	25%
B	Me sangran mucho	8	20%
C	No me sangran	10	25%
D	Poco	12	30%
	TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

En el grafico N° 15 en respuesta a la pregunta planteada, de que si le sangran las encías al cepillarse sus dientes, de 40 encuestados, la columna A representa a los que respondieron que no se han dado cuenta, con una frecuencia de 10, representando esto al 25%, esta respuesta da a entender que hay una falta de preocupación en este grupo de personas en cuanto al cepillado se refiere. La columna B demuestra que 8 respondieron que le sangran mucho, representando esto al 20%, la columna C da muestra que 10 personas respondieron que no le sangran representando esto al 25% de personas que no presentan problemas gingivales o lo contrario que pueden presentar pero con ausencia de sangrado, y 12 personas como lo demuestra la columna D respondieron que poco, representando esto al 30%.

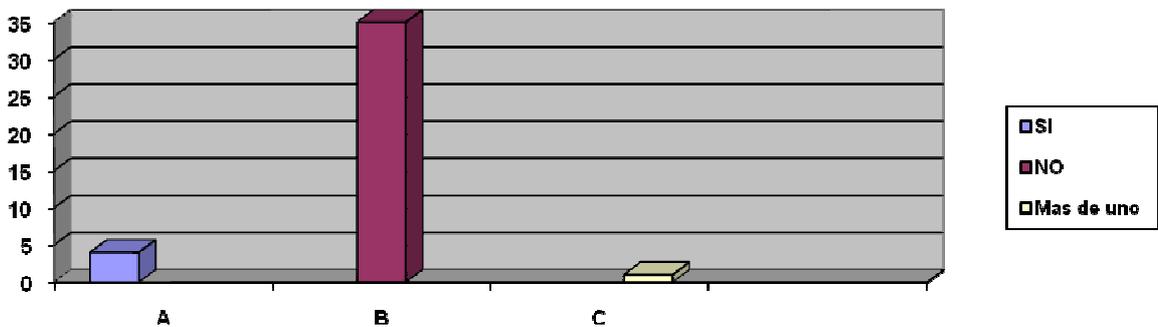
Solo un 25% de los encuestados no presentan sangrado en las encías mientras el 75% restante le sangran en diferente grado concluyendo así que estamos en presencia de una enfermedad periodontal siendo **“esta una característica clínica en la gingivitis que esta intimamente relacionada con la acumulación de placa bacteriana la cual es responsable de iniciar el proceso inflamatorio”**, como lo menciona **“Gustavo Barrios M.”**

GRAFICUADRO Nº 16

PERIODONTITIS

¿TIENE ALGÚN DIENTE QUE SE LE MUEVA SIN HABÉRSELO GOLPEADO?

	ALTERNATIVA	F	%
A	SI	4	10%
B	NO	35	87.5%
C	Más de uno	1	2.5%
	TOTAL	40	100%



FUENTE : ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

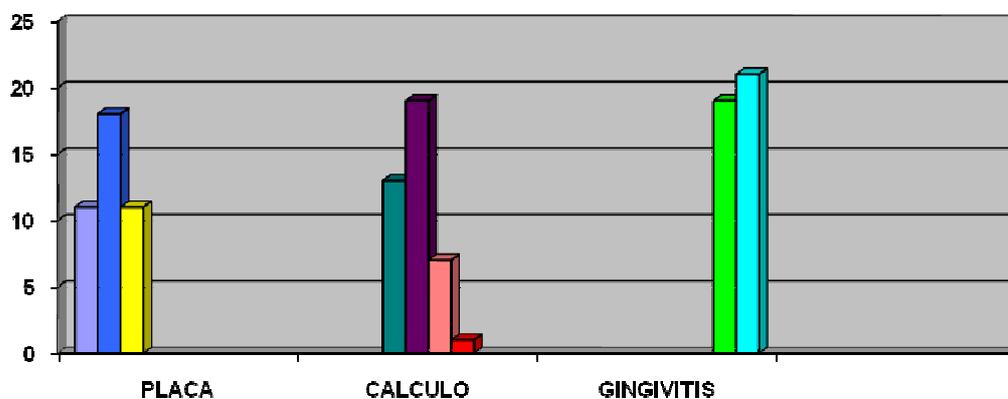
En el gráfico N° 16 a esta interrogante respondieron que si 4 personas privadas de su libertad como se demuestra en la columna A, representando esto al 10%, dando a entender que estas personas presentan problemas periodontales severos a causa de la pérdida del soporte del diente. La columna B representa a 35 personas que no poseen movilidad en sus dientes, representando esto al 87.5%, esto quiere decir que 35 de 40 encuestados no presentan problemas periodontales severos.

Existe un porcentaje del 87'5% que no presentan movilidad dentaria por lo que podemos afirmar que con un buen tratamiento de las afecciones encontradas se puede prevenir la pérdida dentaria por enfermedad periodontal, respaldándonos en lo que dice **Gustavo Barrios M.** “**la enfermedad periodontal tiene un gran avance la pérdida ósea es muy considerable y provoca la movilidad dentaria y posteriormente la pérdida dental**”.

CONCENTRADO EPIDEMIOLOGICO

PLACA BACTERIANA

CALCULO	CANTIDAD	PORCENTAJE
GRADO 0	13	32.5%
GRADO 1	19	47.5%
GRADO 2	7	17.5%
GRADO 3	1	2.5%
TOTAL	40	100%



PLACA	CANTIDAD	PORCENTAJE
GRADO 0	11	27.5%
GRADO 1	18	45%
GRADO 2	11	27.5%
GRADO 3	-	-
TOTAL	40	100%

GINGIVITIS	CANTIDAD	PORCENTAJE
GRADO 0	19	47.5%
GRADO 1	21	52.5%

TOTAL	40	100%
--------------	----	------

ANALISIS

Con las historias clínicas realizadas se encontró:

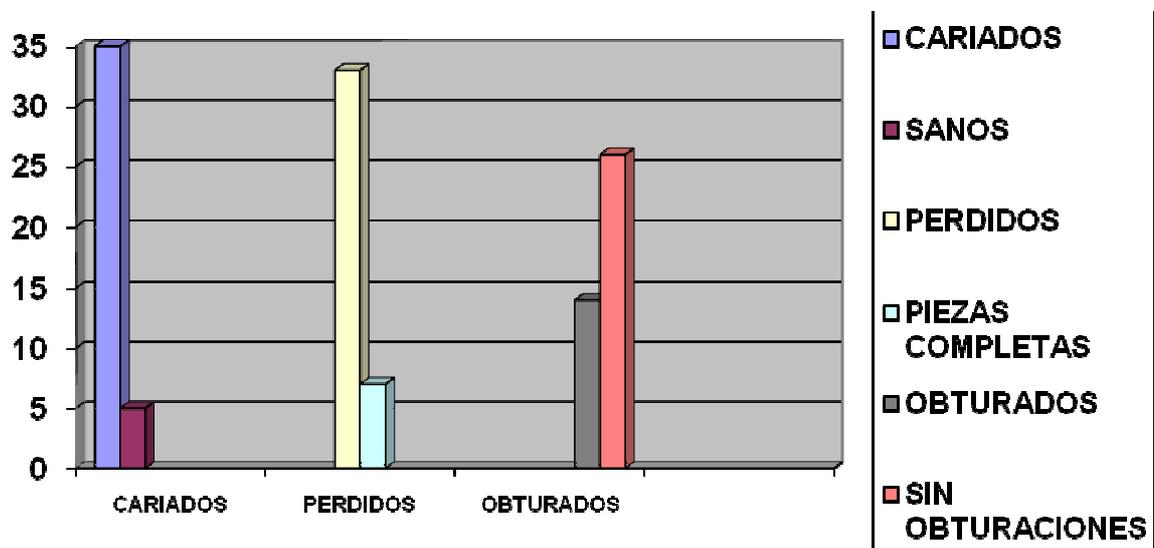
13 de los encuestados que corresponde al 32% no presentan cálculos, en el grado 1 encontramos a 19 personas que corresponden al 47% en el grado 2 solo encontramos solo a 7 personas lo que corresponde a un 17.5% y en un porcentaje del 2,5% solo encontramos en el grado 3

En cuanto a gingivitis se encontró que 19 personas privadas de su libertad se encuentran en el grado 1 que corresponden al 47% y 21 que corresponden al 52.5% se encuentran en el grado más avanzado que es el grado 2.

La placa bacteriana encontrada en las 40 personas privadas de su libertad a las que se realizaron las respectivas historia clínicas se encontró que solo 11 que corresponden al 27.5% no presentan placa bacteriana en el grado 1 se encuentran 18 personas que corresponden al 45% y en el grado 2 existen 11 personas que corresponden al 27.5% mientras que en el grado 3 no se encontró a ningún interno.

Con estos resultados obtenidos se puede concluir que existe gran cantidad de personas que presentan calculo dental que corresponde al 47.5%, las de lesiones gingivales grado 2 también se encuentran en un alto porcentaje como es un 52.5% y la placa bacteriana en un porcentaje de 72.5% se encuentra en

la cavidad bucal de los encuestados dando reflejar el mal estado de la salud bucal en el grupo tomado como muestra.



CPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
CARIADOS	35	87.5%
SANOS	5	12.5%
TOTAL	40	100%

CPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
PERDIDOS	33	82.5%
PIEZAS COMPLETAS	7	17.5%
TOTAL	40	100%

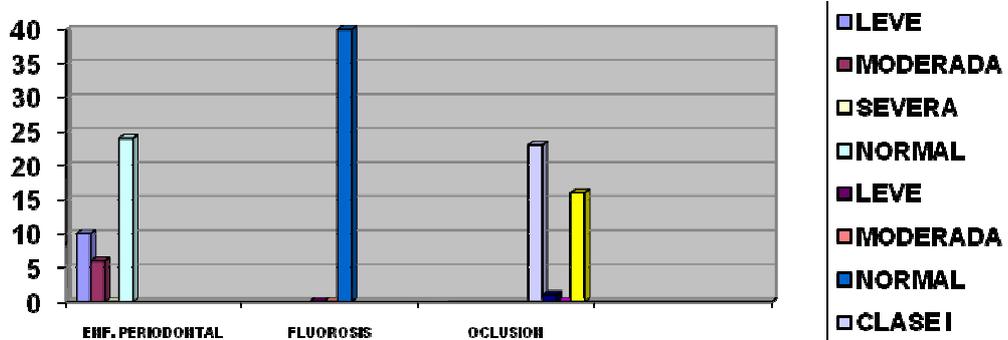
CPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
OBTURADOS	14	35%
SIN OBTURACIONES	26	65%
TOTAL	40	100%

Las historias clínicas realizadas arrojaron los siguientes datos.

Existen 35 personas que presentan caries que corresponden al 87.5% y solo 5 personas que corresponden al 12.5% no presentan caries, de los cuales solo 14 encuestados que corresponden al 35% se les a realizado una obturación y 26 personas que corresponden al 65% mantienen las caries sin tratar en estado progresivo.

Existen 33 personas con pérdida de piezas dentarias que corresponden al 82.5% mientras que solo 7 personas que son el 17.5% las tienen completas en la cavidad bucal.

Se piensa entonces que existe un alto índice de enfermedades bucales pues aquí se fleja con el 87.5% de personas que presentan caries y de las cuales el 65% se han realizado un tratamiento para evitar que continúe progresando y el número de pérdidas dentarias encontradas es muy elevado 82% de esta población tienen ausencia de piezas dentales.



ENF. PERIODONTAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
LEVE	10	25%
MODERADA	6	15%
SEVERA	0	0%
NORMAL	24	60%
TOTAL	40	100%

FLUOROSIS	CANTIDAD	PORCENTAJE
LEVE	0	0
MODERADA	0	0
SEVERA	0	0
NORMAL	40	100%
TOTAL	40	100%

OCLUSION	CANTIDAD	PORCENTAJE
----------	----------	------------

CLASE I	23	57.5%
CLASE II	1	2.5%
CLASE III	0	0%
NORMAL	16	40%
TOTAL	40	100%

Los resultados de las historias clínicas realizadas se encontró 10 personas con enfermedad periodontal leve, que corresponde al 25% moderada a 6 personas privadas de su libertad que corresponden al 15% y 24 personas que corresponden al 60% no presentan enfermedad periodontal, sin encontrarse fluorosis en ninguno de los encuestados.

Teniendo una oclusión normal en 23 personas que corresponden al 57.5%, a 1 persona que posee una oclusión II que corresponde al 2.5% y en oclusión clase III se encontró a 16 personas que corresponde al 40% del total de las historias clínicas realizadas.

Indicándonos estos resultados que el 40% de personas privadas de su libertad presentan enfermedad periodontal y que un 42.5% presentan pérdida de la oclusión normal pues no presentan las

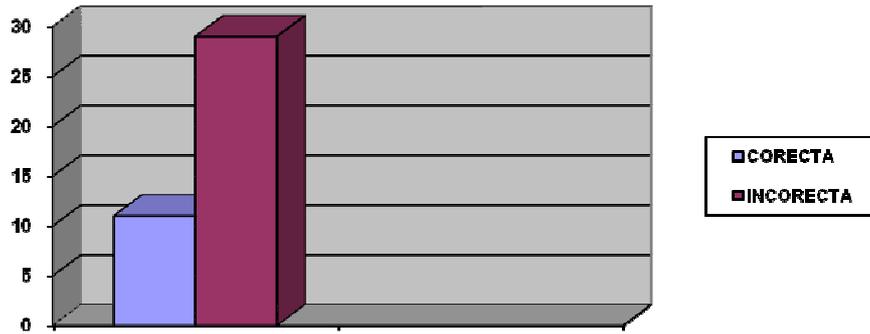
piezas que determinan la llave de la oclusión, recalcando que existe gran pérdida de piezas dentales anteriores

7.1.3 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE FICHAS DE OBSERVACIÓN

GRAFICUADRO Nº 1

TECNICA DE CEPILLADO CORRECTA E INCORRECTA

TECNICA DE CEPILLADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
CORRECTA	11	27.5%
INCORRECTA	29	72.5%
TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

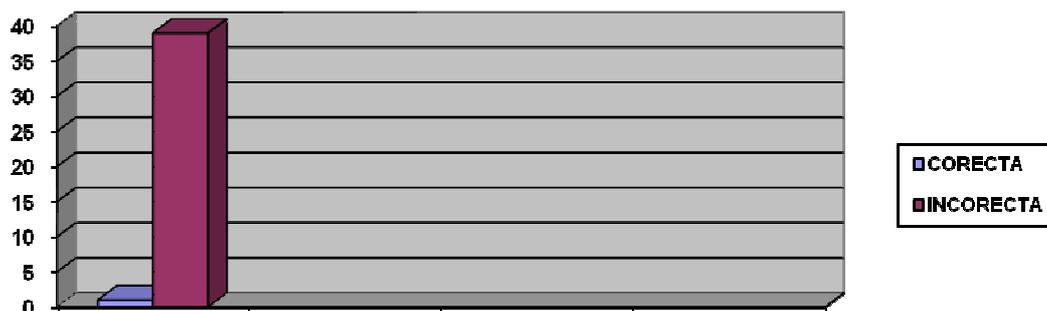
En el gráfico N° 1 se puede observar que, de 40 encuestados 11 realizan una técnica de cepillado adecuada, representando esto al 27.5%, y que en número de 29 no tienen una técnica de cepillado adecuada, representando esto al 72.5%.

Esto da a entender la carencia predominante de una correcta técnica de cepillado pues **“existen numerosas técnicas de cepillado cada una dependiendo del tipo de persona y patología, fundamentándose básicamente en el movimiento impreso del cepillo”** como lo indica Julio Barrancos Mooney.

TECNICA DE USO DE HILO DENTAL

GRAFICUADRO Nº 2

TECNICA DE HILO DENTAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
CORRECTA	1	2.5%
INCORRECTA	39	97.5%
TOTAL	40	100%



FUENTE :ENCUESTAS REALIZADAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ PABELLON "C"

ELABORACION: Ricardo Arroyo y Mónica Rojas

ANALISIS

En el grafico N° 2 se puede observar, que solo 1 persona supo usar correctamente el hilo dental, representando esto a 2.5%, esto a pesar de que no utilizan el hilo dental como parte de su higiene bucal diaria, 39 personas realizan técnica incorrecta del uso del hilo dental, esto representa al 97.5% de los encuestados en el centro de rehabilitación social de Bahía de Caráquez.

Como se observa en los resultados obtenidos es claro que no existe el conocimiento del hilo dental su importancia, beneficios, y sobre todo la manera de utilizarlos pues **“todas las técnicas de higiene bucal para ser completa debe incluir el uso de hilo dental este sirve para limpiar las superficies interproximales, es recomendado realizar la limpieza con el hilo por lo menos una vez al día durante 2 o 3 minutos”** como lo indica Julio Barrancos Mooney”.

BIBLIOGRAFIA

- Salud Oral.. Caries concepto edición 2008
- Julio Barranco Mooney. Operatoria dental 4ª edición 2006
- www.caries.info/cariologia.htm
- Actualidades medicas odontológicas latino Americana. Edición 2004
- Odontología restauradora y estética edición 2005
- Raymond L. Braham- Merle E.Morris. edición 2005
- Gustavo Barrio M . edición 2002
- Martin Zurro J.F. Cano Perez. Edicion 2003
- Antonio F. López Sánchez. edición 2002
- www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/Nutricion/caries.htm

- www.caries.info/sintomas-signos.htm
- www.ferato.com/wiki/index.php/Caries
- www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml
- www.tipodecaries.com
- www.dentalsaucedo.com
- www.puntovital.cl/vida/sana/salud/bucal.htm
- www.saludaldia.com
- www.facedental.es/enjuague-colutorios-otro-factor
- www.ada.org
- www.profilaxis.com
- www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml
- www.encolombia.com.odontologia
- www.saludactual.com
- <http://sisbib.unmsm.edu.pe>
- www.medlineplus.gov.com
- www.periodoncia2//odonto.com
- www.wikipedia.org.wike.enfermedadperiodontal
- www.wikipedia.enfermedadperiodonal

PROPUESTA.

TITULO DE LA PROPUESTA.

“Capacitación individual y permanente de las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez”.

ENTIDAD EJECUTORA

Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

CLASIFICACION DEL PROYECTO

Social - Educativo.

LOCALIZACION GEOGRAFICA

El Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez esta ubicado.

Al norte con Leonidas Plaza

Al sur con el kilómetro 8

Al este con el estuario del rio Chone

Al oeste con la quebrada del Toro

En el kilómetro 3 ½ vía a Chone, cantón Bahía de Caráquez.

JUSTIFICACION

La odontología moderna tiene como principal objetivo el prevenir enfermedades bucales, la mejor manera de lograrlo es informando y creando conciencia en las personas, para que de esta manera disminuya este problema.

En la actualidad se cuenta con un gran número de técnicas y medidas preventivas en lo que se refiere a salud bucal, pero lamentablemente la mayor parte de la sociedad las desconocen, y mayor aun es el problema en los Centros de Rehabilitación Social donde estas personas se las aísla por completo de la sociedad.

Por los resultados obtenidos en la investigación, donde se demostró el mal estado de la salud bucal y la falta de cultura preventiva de las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez, se vio la necesidad de impartir charlas sobre la importancia de la salud bucal y las medidas preventivas, para que de esta manera se cree conciencia y se ponga en práctica lo expuesto.

MARCO INSTITUCIONAL.

El Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez fue fundado en 1940 en el centro de esta ciudad por la administración municipal de esa época, era una edificación pequeña en donde solo cabían 50 presos, siendo administrada por la municipalidad.

Por el aumento de reos y por pedido de la población se creó una edificación más amplia, la cual fue construida en el kilómetro 3 1/2 vía a Chone al nor-este de la provincia de Manabí en el año de 1982 terreno donado por el mismo municipio.

En la actualidad tiene una capacidad de 200 a 300 Personas, bajo la dirección del Ab. José Cevallos Valarezo y un cuerpo administrativo de 30 personas y 80 guías. Presentando 3 pabellones y una clínica de drogadictos y alcohólicos, un consultorio odontológico, un consultorio médico, 2 talleres de carpintería, y una escuela. En la actualidad cuenta con 130 Personas Privadas de la libertad.

En el consultorio odontológico labora un odontólogo, único responsable de este departamento, no existe auxiliar, las actividades que se realizan profilaxis, restauraciones, y extracciones, no presentan ningún tipo de programa a realizar ni por cumplir, el horario de atención es de 9:00- 12:00 am y por las tardes de 13:00 -16:00 pm.

DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

Para llevar a cabo, se necesitará de la colaboración del personal del centro de rehabilitación social de Bahía de Caráquez como guías, y el odontólogo encargado del área de odontología.

Para desarrollar la propuesta se la ha dividido en 2 etapas que son:

1. En esta primera etapa se realizará un cronograma para determinar las fechas en las cuales realizarán las charlas educativas en los distintos pabellones. Lo cual se llevará a cabo con la ayuda del Director, el odontólogo los guías, y las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

Una vez establecidas las fechas de trabajo, se comenzarán a dictar las charlas a las personas privadas de su libertad de este Centro, los temas a tratar serán los siguientes:

- Conocimiento de lo que es la salud bucal, su importancia.
- Enfermedades más frecuentes en la cavidad bucal.
- Medidas preventivas, que incluye técnicas y frecuencia del cepillado, alimentos que se deben consumir, uso de hilo dental y de enjuagues bucales, y la importancia del flúor.

2. La segunda etapa consta de dos fases.

Primera fase. Se le entregará al odontólogo una gigantografía para que de esta manera se continúe impartiendo la información de manera individual a las personas privadas de su libertad que acuden a la consulta, lo que permitirá que los conocimientos lleguen también a las personas que no estuvieron presente en las charlas dictadas o que acuden por primera vez al departamento de odontología de este Centro de Rehabilitación.

Este material constará de ilustraciones relacionadas, con técnicas de cepillado, uso del hilo dental, beneficio del dentífrico y del enjuague bucal, para que de esta manera el odontólogo logre captar la atención e interés y explicar de una mejor manera al paciente ya que es muy llamativa y de colores vistosos.

La segunda fase.

- a) Se le entregará al odontólogo un formato de parte diario, para que diariamente registre lo realizado y un parte mensual para que pueda observar los resultados de su trabajo obtenidos durante el mes, y de esta forma haya un archivo actualizado en el departamento de odontología.
- b) Firma de actas de compromiso para la utilización de los partes diarios y mensuales, y utilización de gigantografía para educación personalizada.

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud bucal, de las personas privadas de su libertad del Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Impartir charlas educativas a las personas privadas de su libertad, para dar a conocer acerca de prevención e importancia de mantener una buena salud bucal.
- Proporcionar el material visual adecuado al departamento de odontología, sobre las técnicas de prevención y así facilitar el aprendizaje, a las personas privadas de la libertad.
- Crear un sistema de control estomatológico en el departamento de odontología, para así mejorar la calidad de servicio.

PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
					FINANCIADO POR
FOTOCOPIAS	100	UNIDAD	0.03	3.00	AUTORES
INTERNET	2	HORA	1.00	2.00	AUTORES
IMPRESION GIGANTOGRAFIA	1	UNIDAD	20.00	20.00	AUTORES
SUMINISTROS	20	PLUMAS	0.25	5.00	AUTORES
CEPILLOS DENTALES	25	UNIDAD	.0.40	.10.00	AUTORES
PASTA DENTAL	25	TUBO	0.45	11.25	AUTORES
MOVILIZACION	2	UNIDAD	4.00	8.00	AUTORES
PROYECTOR DE IMAGEN	4	HORA	5	20.00	INSTITUCION
IMPREVISTOS				20.00	AUTORES
TOTAL				99.25	

SOSTENIBILIDAD:

Esta propuesta es sostenible por que las personas privadas de su libertad en las encuestas realizadas el 100% respondieron que si les gustaría mejorar su salud bucal, por ello acudirán de manera voluntaria y con la mayor predisposición a escuchar las charlas, el odontólogo de planta muestra mucho interés y le gustaría poner en práctica lo propuesto , ya que por motivo de seguridad no puede estar en los pabellones dictando charlas, pues se necesita de la ayuda de los guías , y por ello las charlas serán individuales y en la consulta.

Nuestra propuesta no encontrara limitaciones en cuanto a financiamiento porque existe el material de apoyo para las charlas, así mismo se cuenta con el talento humano para impartirlas.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

No se necesitará de financiamiento ya que los materiales que servirán de apoyo para la propuesta ya existen.

RECURSOS MATERIALES.

- CD con el power point que se entregó al Dr. Jimmy F. Valdez junto con un anillado que contenía toda la información impartida a las personas privadas de su libertad.
- Plumas.
- Internet.
- Cepillos.
- Dentífrico.
- Hilo dental.
- Historias clínicas.
- Gigantografía.

CONCLUSIONES:

Con la investigación realizada podemos concluir que existe un 95% de las personas privadas de su libertad piensan que si es importante la salud bucal, y en 100% la quieren mejorar, indicándonos esto que tienen interés por evitar las enfermedades bucales, y que no saben cómo hacerlo.

Existe un 50% de personas privadas de su libertad que nunca se han realizado una limpieza bucal y un 30% que tienen más de 6 meses que no se realizan una limpieza bucal, lo que nos da a conocer que no se está tomando la debida importancia a la salud bucal, y por ende la presencia de enfermedades bucales encontradas.

Estas personas en un 85% no han recibido nunca información sobre salud por lo que en un 82.5% no tienen idea como prevenir las caries ni las enfermedades bucales, y un 97%de todos los encuestados nunca han escuchando ni saben la importancia del flúor concluyendo así que las enfermedades encontradas se debe a la falta de conocimiento.

En cuanto a la higiene bucal de las personas privadas de su libertad solo un 17.5% se cepillan los dientes 3 veces al día y solo un 10% utilizan los instrumentos adecuados para realizar una buena higiene salud lo que nos da a conocer que no existe los hábitos de higiene adecuado influyendo en la salud bucal.

Se ha determinado que la causa principal de las enfermedades bucales encontradas en las personas privadas de su libertad se debe a la falta de cultura preventiva, e información sobre la salud bucal.

Concluyendo que en el Centro de Rehabilitación Social de Bahía de Caráquez no reciben charlas instructivas sobre salud bucal y la forma de prevenir enfermedades bucales.

El gobierno no brinda ayuda a este grupo poblacional de ninguna índole.

RECOMENDACIONES.

- Se debe continuar concienciando a las personas privadas de su libertad para que de esta manera acudan voluntariamente a la atención odontológicos.
- Que las personas privadas de la libertad acudan al departamento de odontología como medida de prevención para que disminuya la incidencia de enfermedades bucales.
- El hilo dental y el enjuague bucal hacerlo parte indispensable de la higiene diaria.
- Que las campañas de salud bucal que se realizan a nivel provincial lleguen hasta estos grupos poblacionales olvidados, para que de esta manera puedan contar con los instrumentos básicos para realizar su higiene bucal.
- Mejorar la organización de los registros diarios y mensuales de las actividades realizadas a la personas privadas de su libertad en el departamento de odontología de este Centro de Rehabilitación.

ANEXOS

CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL BAHIA DE CARAQUEZ
DIRECCION

Bahía de Caráquez, 30 de julio del 2009

Señor:

Abg. José Cevallos Valarezo

DIRECTOR CRS- BAHIA DE CARAQUEZ

En su despacho.-

De mis consideraciones.-

El Sr. Ricardo Vicente Arroyo Cobefia y la Sra. Mónica Juliana Rojas Villamil le pedimos nos autorice poder trabajar con Las personas privadas de su libertad del centro al cual Ud. Dirige, ya que nuestra tesis esta basadas en la salud bucal Y prevención de los P.P.L del Centro de Rehabilitación Social Bahía de Caráquez, trabajo que consistirá en realizar historias clínicas y encuestas a 40 personas de los diferentes pabellones, bajo la supervisión del Dr. Jimmy Fernando Valdez Arroba líder del departamento odontológico de este Centro para luego realizar conferencias sobre salud bucal, su importancia, técnicas de higiene, y prevención de enfermedades bucales, que se la realizaran el día viernes 10 de julio del 2009 a las 10h00 am, esperando contar con su apoyo y su equipo de apoyo de trabajo para la coordinación de dichas conferencias Agradeciendo de antemano su autorización y su ayuda le quedamos muy agradecidos.



ATT

Ricardo Arroyo Cobefia



ATT

Mónica Rojas Villamil



**CENTRO DE RAHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ
DIRECCION**

Bahía de Caráquez 06 de julio del 2009
OF. N° 667 CRS-BC-DD-2009

Sres.
Ricardo Arroyo Cobeña y Mónica Rojas Villamil
ESTUDJANTES DE ODONTOLOGIA
Presente.-

De mis consideraciones.-

Quienes hacemos el Centro de Rehabilitación Social Bahía de Caráquez auguramos éxitos en sus labores para con la comunidad además agradecemos por su colaboración en el departamento de odontología para con nuestros privados de libertad. A la vez les indico que cuentan con nuestro total respaldo para que puedan desempeñar su tesis basada en salud bucal.

Por la atención que se sirva en darle a la presente de antemano quedamos agradecidos.

Atentamente,



Abg. José Cevallos Cárdenas
DIRECTOR CRS-BAHIA DE CARAQUEZ

JCV/eme

PRESUPUESTO.

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
					APORTE INSTITUCIONAL
FOTOCOPIAS	1500	UNIDAD	0.03	45.00	autores
INTERNET	20	HORA	1.00	20.00	autores
GASTOS OPERATIVOS				200.00	autores
SUMINISTROS	3	CARTUCHOS	25.00	75.00	autores
MATERIALES DE OFICINA	2	RESMA	4.50	9.00	autores
ENCUADERNACION	12	UNIDAD	6.00	72.00	autores
DIGITACION	200	PAGINA	0.40	80.00	autores
GUANTES Y MASCARILLAS	20	UNIDAD	0.15	3.00	INSTITUCION
VASOS DESCARTABLES	50	UNIDAD	0.05	2.50	autores
CEPILLOS DENTALES	50	UNIDAD	0.25	12.50	autores
PASTA DENTAL	1	TUBO	2.00	2.00	autores
HILO DENTAL	1	UNIDAD	3.00	3.00	autores
IMPREVISTOS				53.4	autores
TOTAL				587.4	

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA																							
	MESES																							
	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y sustentación del proyecto	X	X	X	X	X	X																		
Desarrollo del marco teórico							X	X	X	X	X	X	X											
Aplicación de los instrumentos de investigación de campo													X	X	X									
Tabulación y análisis de datos																	X	X						
Elaboración del diseño de la propuesta																		X						
Presentación del borrador de Tesis y Revisión del Tribunal																			X					
Sustentación privada de la tesis																				X				
Elaboración definitiva de la tesis con sugerencias de la sustentación privada																				X	X			
Presentación de ejemplares: copias previa sustentación pública.																					X			
Sustentación pública de la tesis																								X

PARTE DIARIO DE ATENCION A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL C.R.S. DE BAHIA

	CORRECTO	INCORRECTO	CORRECTO	INCORRECTO
1		X		X
2		X		X
3		X		X
4	X			X
5		X		X
6		X		X
7		X		X
8		X		X
9		X		X
10	X			X
11		X		X
12		X		X
13		X		X
14	X			X
15		X		X
16		X		X
17		X		X
18		X		X
19		X		X

20		X		X
----	--	---	--	---

#	TECNICA DE CEPILLADO		USO DE HILO DENTAL	
	CORRECTO	INCORRECTO	CORRECTO	INCORRECTO
21		X		X
22	X		X	
23	X			X
24		X		X
25		X		X
26		X		X
27		X		X
28	X			X
29		X		X
30	X			X
31	X			X
32		X		X
33		X		X
34	X			X
35		X		X

36	X			X
37		X		X
38		X		X
39	X			X
40		X		X

ANEXOS

Concentrado Epidemiológico

IHOS IP INDICE DE CARIES

NUMERO	X	MO		%	X						
	EDAD	PLACA	CALCULO	GINGIVITI	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURAD	CPO	ENF.	PERIODONT	FLUOROSI
1	36	2	2	0	5	7	2	14	1	0	II
2	26	1	1	1	5	3	0	8	0	0	I
3	27	1	0	1	4	0	0	4	0	0	0
4	45	0	0	0	2	16	0	18	0	0	I
5	28	1	1	0	3	2	3	8	0	0	I
6	20	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
7	60	1	1	1	11	12	1	24	1	0	0
8	27	2	2	1	9	1	0	10	1	0	I
9	36	2	1	1	13	2	0	15	1	0	0
10	27	0	1	0	3	1	0	4	0	0	I
11	24	1	1	1	3	1	0	4	1	0	I
12	45	1	1	1	5	2	0	7	1	0	I
13	39	2	1	1	12	2	0	14	2	0	I
14	33	2	3	1	10	2	2	14	2	0	0

15	35	0	0	0	6	11	2	19	0	0	1
16	36	1	1	1	11	7	0	18	1	0	1
17	43	1	2	1	0	10	0	10	1	0	1
18	33	2	1	1	12	2	0	14	0	0	1
19	19	1	0	0	2	3	4	9	0	0	0
20	20	1	1	0	7	5	2	14	0	0	1

ANEXOS

Concentrado Epidemiológico

IHOS IP INDICE DE CARIES

NUMERO	X EDAD	MO		%	X						
		PLACA	CALCULO		GINGIVITIS	CARIADOS	PERDIDOS	OBTURADOS	CPO	ENF. PERIODONTAL	FLUOROSIS
21	20	1	1	1	11	0	2	13	0	0	0
22	27	0	0	0	5	5	0	10	0	0	1
23	33	1	0	0	0	6	7	13	0	0	1
24	34	0	1	0	4	5	1	10	0	0	0
25	50	1	1	0	2	18	1	21	0	0	1
26	27	1	0	0	8	2	0	10	0	0	1
27	19	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0
28	42	0	1	0	0	5	0	5	0	0	1
29	25	2	1	1	5	0	0	5	1	0	0
30	23	0	0	0	0	5	3	8	0	0	1
31	30	1	0	0	9	1	0	10	0	0	0
32	32	2	2	1	2	0	0	2	2	0	0

33	40	2	2	1	6	14	0	20	2	0	1
34	33	0	0	0	13	0	2	15	0	0	0
35	41	2	2	1	12	4	0	16	2	0	0
36	35	0	0	0	13	2	0	15	0	0	0
37	37	2	2	1	5	3	0	8	2	0	1
38	27	0	0	0	1	5	6	12	0	0	1
39	24	1	1	1	9	6	0	15	0	0	1
40	40	1	1	1	6	1	0	7	1	0	0



EL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL BAHIA DE CARAQUEZ



HISTORIAS CLINICAS A LOS INTERNOS DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ



REALIZANDO LA ENCUESTA A LAS PERZONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE BAHIA DE CARAQUEZ



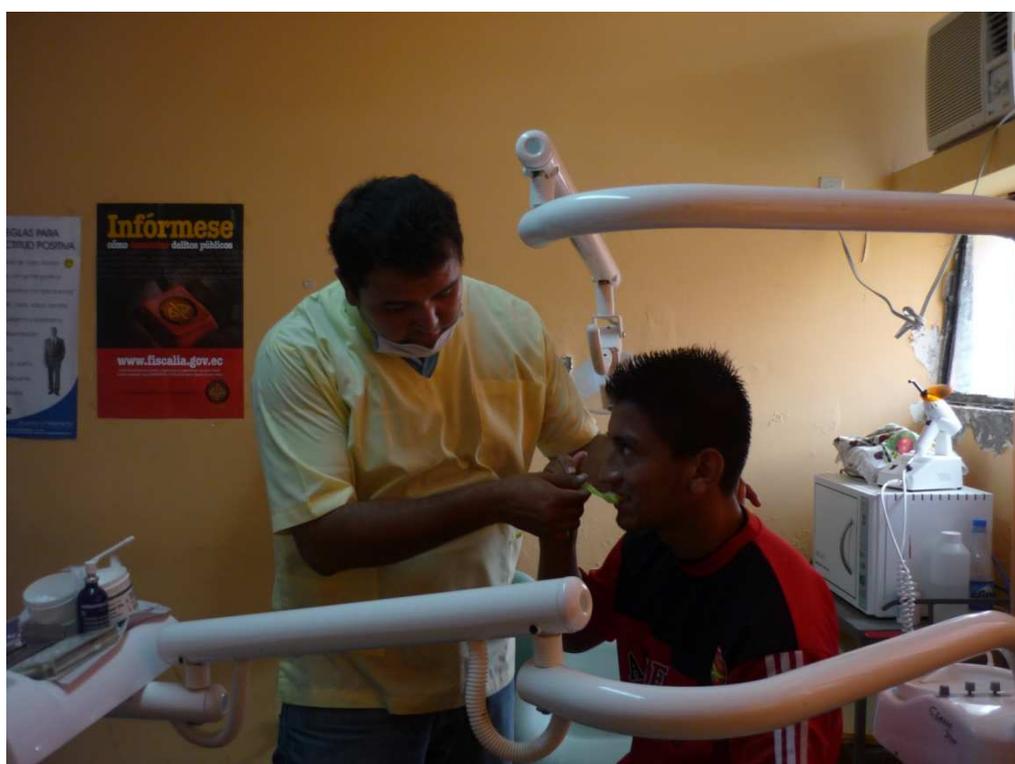
LLENANDO HISTORIAS CLINICAS



HISTORIAS CLINICAS REALIZADA A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL BAHIA DE CARAQUEZ



PRACTICA DE CEPILLADO PARA LA FICHA DE OBSERVACION



ENSEÑANDO COMO MEJORAR LA TECNICA DE CEPILLADO



ENTREGA DE CEPILLO PARA ANALIZAR LA FORMA DE CEPILLADO



ENSEÑANDO COMO MEJORAR EL CEPILLADO DEMIANTE TECNICA ADECUADA



FOTOGRAFIA CON EL DR. ODONTOLOGO DEL CENTRO

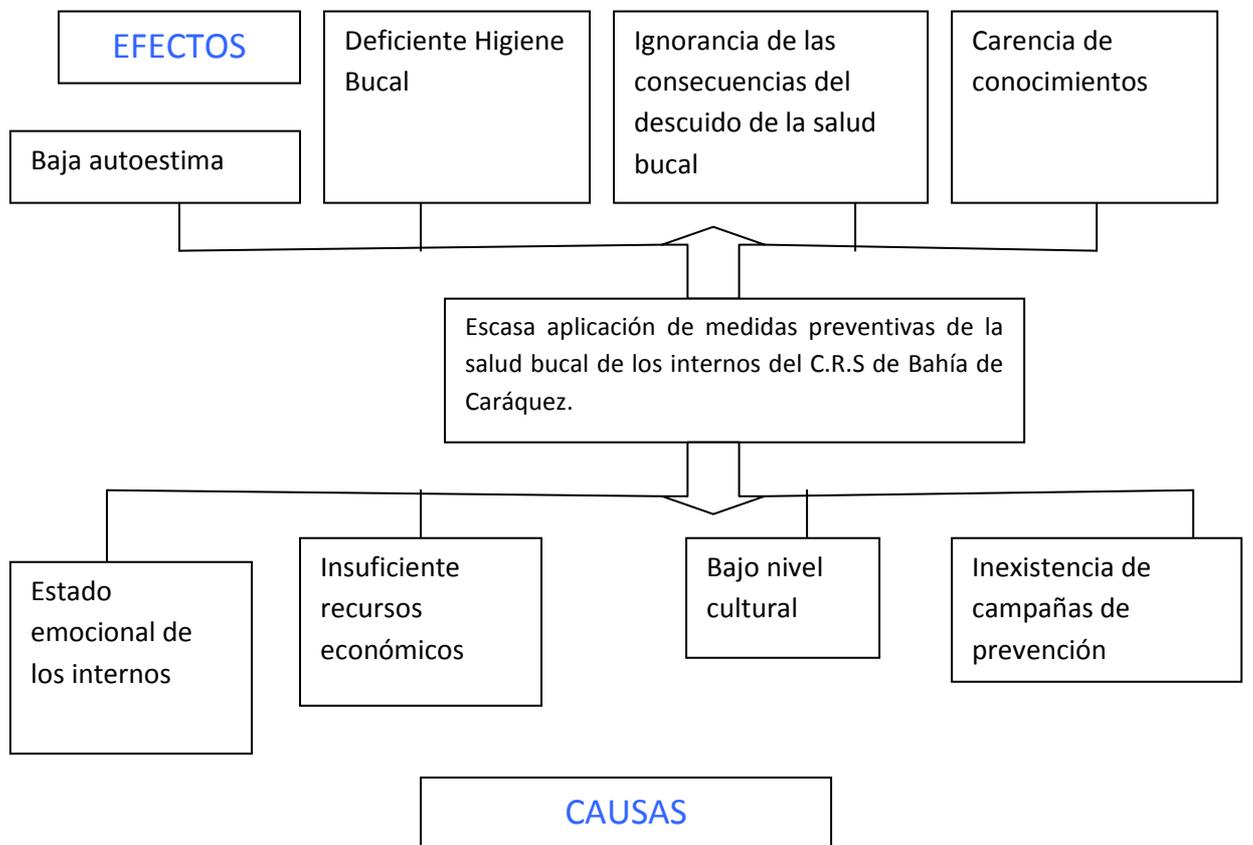
CHARLAS EDUCATIVAS IMPARTIDAS A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD QUE HACISTEN A LA CLINICA DE REHABILITACION DEL ALCOHOL Y DROGA.





CHARLAS IMPARTIDAS A LAS PERSONAS PRIBADAS DE LA LIBERTAD EN EL PABELLON -C-





UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FORMULARIO DE ENCUESTAS

(La presente encuesta está dirigida a los internos del pabellón "C" del centro de rehabilitación social de Bahía de Caráquez.)

SOBRE:

"La aplicación de de medidas preventivas y la salud bucal de los internos del Pabellón "c" del centro de rehabilitación social de Bahía de Caráquez"

Autores: Arroyo Ricardo y Rojas Mónica.

Indicaciones:

La presente encuesta es parte de la investigación de la tesis de grado de odontólogos, se requiere de respuestas reales y concretas.

Se debe marcar con una X la opción correcta y con la que usted, se sienta identificado, se agradecerá no dejar preguntas sin responder.

Se le agradece su colaboración.

1. ¿Cuánto tiempo lleva recluido en el Centro?.

- Menos de un mes ()
- De 1 a 6 meses ()
- De 6 a 1 año ()
- Más de 1 año ()

2. ¿Cree usted que es importante una buena salud Bucal?

Si () No ()

3. ¿Por qué cree usted, que es importante tener una buena salud bucal?

- Para mantener una buena imagen ()
- Para masticar y digerir los alimentos ()
- No sabe ()
- Todas la anteriores ()

4. ¿Quisiera mejorar su salud Bucal?

Si () No ()

5. ¿Se han realizado limpiezas dentales?

- Hace menos de 6 Meses ()
- Hace más de 6 meses ()
- Nunca le han realizado ()

6. ¿Dónde le han realizado las limpiezas bucales?

- En el departamento odontológico del centro ()
- En un consultorio particular ()
- En un consultorio Publico ()

7. ¿Ha recibido clases sobre salud bucal?

Si () No ()

8. ¿En dónde?

- En el centro ()
- En un centro público ()

9. ¿Cuándo usted se cepilla los dientes?

- Antes de levantarse ()
- Antes del almuerzo ()
- Después de almuerzo ()
- Antes de merendar ()
- Después de merendar ()
- Antes de acostarse ()

10. ¿Qué instrumentos utiliza usted para su higiene oral?

- Solo cepillo ()
- Cepillo y pasta ()
- Cepillo, pasta e hilo ()
- Cepillo, pasta, hilo, enjuague bucal ()

11. **¿Sabe usted que es el Flúor?**

Si () No ()

12. **¿Sabe usted cual es la acción del Flúor en sus dientes?**

- Los pone más Blancos ()
- Los pone más duro ()
- Los vuelve resistente a las caries ()
- Ninguna de las anteriores ()

13. **¿Sabe usted que hacer para evitar las caries?**

Si () No ()

14. **¿Presenta dolor en alguna pieza dental?**

Si () No ()

15. **¿Le sangran sus encías al cepillarse sus dientes?**

- No se ha dado cuenta ()
- Me sangran mucho ()
- No me sangran ()
- Poco ()

16. **¿Tiene algún diente que se le mueva sin habérselo golpeado?**

- Si ()
- No ()
- Más de uno ()