



*Universidad
San Gregorio
de Portoviejo*

UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

**“HABITOS DE HIGIENE Y ALIMENTACIÓN Y SU
RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS BUCO-DENTALES DE
LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO
ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL “VERDI CEVALLOS
BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO” PERIODO
MARZO-JULIO DEL 2009**

AUTORES:

Hinostroza Benalcázar Luis Eduardo

Sánchez Grisales Katty Biviana

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Nelly San Andrés Plúa. Mg. S.c.

Portoviejo - Manabí - Ecuador

2009

CERTIFICACIÓN

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. S.c. certifica que la tesis de investigación titulada **“Hábitos de higiene y alimentación y su relación con los problemas bucodentales de las embarazadas que asisten al departamento odontológico del Hospital “Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo, periodo Marzo-Julio del 2009”** es trabajo original de Luis Eduardo Hinostroza Benalcázar y Katty Biviana Sánchez Grisales. La misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Nelly San Andrés Plúa Mg. S.c.

DIRECTORA



*Universidad
San Gregorio
de Portoviejo*

UNIVERSIDAD “SAN GREGORIO”

DE PORTOVIEJO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“HÁBITOS DE HIGIENE Y ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON
LOS PROBLEMAS BUCODENTALES DE LAS EMBARAZADAS QUE
ASISTEN AL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL
“VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO”
PERIODO MARZO-JULIO DEL 2009.**

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

Dra. Ángela Murillo A. Mg. Sp.

Coordinadora de la carrera de Odontología

Dra. Nelly San Andrés P. Mg. S.c.

Directora de Tesis

Dra. Lilian Bowen M. Mg. S.p

Miembro del Tribunal

Dra. Bernardita Navarrete Mg. G.s.

Miembro del Tribunal

Abg. Ramiro Molina
Secretario Académico

DEDICATORIA.

El sueño de muchos años hoy se hace realidad, este es el éxito al sacrificio, dedicación y perseverancia de mis queridos padres Lcdo. Wilson Hinostroza y la Sra. Rosa Benalcázar que sin ellos no hubiera podido culminar mis estudios.

Siempre es confortable finalizar una etapa más de la vida, pero nada sería posible sin el apoyo de mi querida esposa María Fernanda Franco Loor, mis queridos hermanos, Ing. Patricio Hinostroza Benalcázar, Lcda. Sandra Hinostroza Benalcázar, Ing. Bladimir Hinostroza Benalcázar; mis hermanas política Ing. Juana Maldonado, Ing. Maura Palma y mi hermano político Sr. Jonny Yáñez; Sobrinos Jonny Yáñez y Kelvin Hinostroza y sobrinas Rossana y Jessel Yáñez.

Luis Hinostroza

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres el Ing. Fernando Sánchez a mi madre Sra. Blanca Grisales que son el pilar fundamental en mi vida y un ejemplo de superación y de vida, por ser esa fuerza que necesite cuando me sentía caída, Sobre todo por su amor y dedicación que tuvieron conmigo, para la culminación de mi carrera universitaria.

A mis hermanos el Arq. Fernando Sánchez, Luis Alfredo Sánchez y María Fernanda Sánchez por ser parte importante en mi vida.

A mi sobrina Waleska por darme felicidad desde el momento que nació.

A mi tíos el Sr. Gonzalo Sánchez y la Sra. María Lourdes Perugachi, por la confianza y el cariño dado durante esta etapa de mi vida.

Katty Sánchez

AGRADECIMIENTO

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

A mis padres, a mi mujer, mis hermanos, mis cuñadas, cuñado y sobrinos por su apoyo y la confianza que me brindaron en todo momento.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo, a la carrera de Odontología mi especial gratitud por formarme como un ser útil a la sociedad y convertir los años de estudio universitarios en uno de los mejores recuerdos.

A la Dra. Nelly San Andrés Plúa, directora de la tesis, por su apoyo en la realización de la tesis.

A la Dra. Ángela Murillo Coordinadora de la carrera de Odontología Dra. Lilian Bowen Miembro del Tribunal, Dra. Bernardita Navarrete Miembro del Tribunal, Abg. Ramiro Molina Secretario Académico por su cooperación en el desarrollo y cumplimiento de nuestro trabajo.

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

Luis Hinostroza

AGRADECIMIENTO

Agradezco a dios todo poderoso por la fortaleza que me dio y nunca rendirme y siempre seguir adelante.

A mis padres por la fe y el apoyo incondicional dado durante esta etapa importante en mi vida y enseñarme que nunca se debe dejar de luchar por los sueños.

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

A mis maestros por la enseñanza impartida durante los años de estudio.

A mi directora de tesis la Dra. Nelly San Andrés Plúa por la ayuda y tiempo dado en la realización de este trabajo.

Katty Sánchez

ÍNDICE GENERAL

PRELIMINARES

INTRODUCCIÓN.....	I
ANTECEDENTES.....	II

CAPITULO I

Pág.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2

CAPITULO II

2.1 JUSTIFICACIÓN.....	3
------------------------	---

CAPITULO III

3.- OBJETIVOS.....	5
3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	5
3.1.- OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	5

CAPITULO IV

4.- HIPOTESIS.....	6
4.1.- HIPÓTESIS GENERAL.....	6
4.2.-HIPÓTES ESPECÍFICAS.....	6

CAPITULO V

5.2. HIGIENE BUCAL.....	7
5.2.1 TÉCNICAS DE CEPILLADO.....	7
5.2.1.1 Técnica modificada de Bass.....	7
5.2. 1.2 Método de Charters.....	8
5.2.1.3 Método modificado de Stillman.....	8

5.2.2 FRECUENCIA DEL CEPILLADO.....	9
5.2. 3 TIPOS DE CEPILLOS.....	9
5.2.3.1 Cepillo eléctrico.....	10
5.2.3.2 Cepillo manual.....	10
5.2.4 MEDIOS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL.....	10
5.2.4.1 Pastas dentales.....	10
5.2.4.2 Tabletas reveladoras de placa.....	11
5.2.4.3 Palillos dentales.....	11
5.2.4.4 Enjuagues bucales.....	11
5.2.5 CONTROL QUIMICO DE LA PLACA BACTERIANA.....	12
5.2.5.1 Colutorios.....	12
5.2.5.2 Irrigación.....	13
5.2.5.3 Dentífricos.....	14
5.2.5.4 Hipersensibilidad dentinaria.....	14
5.3 ALIMENTACIÓN.....	15
5.3.1 Nutrición adecuada para prevenir las caries.....	15
5.3.1.1 Vitamina A.....	15
5.3.1.2 Vitamina D.....	16
5.3.1.3 Vitamina C.....	16
5.3.2 DIETA, NUTRICIÓN Y SALUD ORAL.....	17
5.3.2.1 Introducción.....	17
5.3.3 DIETA Y CARIES.....	18
5.3.4 EFECTOS LOCALES DE LA DIETA.....	18
5.3.5 CARIOGENICIDAD RELATIVA DE LOS ALIMENTOS.....	19

5.3.5.1 Evidencia epidemiológica.....	19
5.3.5.2 Dieta no cariogénica.....	20
5.4 AFECIONES BUCALES EN EL EMBARAZO.....	21
5.4.1 Introducción.....	21
5.4.2. ULCERAS AFTOSAS (AFTAS).....	22
5.4.2.1 Estomatitis Aftosa Menor.....	23
5.4.2.2 Estomatitis Aftosa Mayor.....	24
5.4.3 GRANULOMA DEL EMBARAZO.....	24
5.4.3.1 Características clínicas.....	24
5.4.3.2 Tratamiento.....	25
5.4.4 XEROSTOMÍA.....	25
5.4.4.1 Recomendaciones generales en la Xerostomía.....	26
5.4.5 SALIVACIÓN EXCESIVA.....	26
5.4.6 HERPES SIMPLE ORAL.....	27
5.4.6.1 Herpes simples orales recidivantes.....	27
5.4.6.2 Herpes labial recidivante.....	27
5.4.6.3 Herpes intraoral recidivante.....	28
5.4.7 CANDIDIASIS ORAL.....	28
5.4.7.1 Tratamiento de la candidiasis oral.....	29
5.4.8 QUEILITIS ANGULAR.....	30
5.4.8.1 Características clínicas.....	30
5.4.8.2 Tratamiento.....	31
5.4.9 LENGUAS DESPAPILADAS.....	31
5.4.9.1 LENGUA GEOGRÁFICA.....	31
5.4.9.1.1 Características Clínicas.....	31

5.4.9.1.2 Síntomas.....	32
5.4.9.1.3 Pruebas y exámenes.....	32
5.4.9.1.4 Tratamiento.....	32
5.4.9.1.5 Pronóstico.....	32
5.4.10 CARIES DENTAL.....	33
5.4.10.1 Definición.....	33
5.4.10.2 CARIES Y EMBARAZO.....	34
5.4.11 EROSIÓN DENTAL.....	35
5.4.12.3 SARRO DENTAL.....	36
5.4.12.1 El sarro supragingival.....	36
5.4.12.2 El sarro subgingival.....	37
5.4.13 PLACA BACTERIANA.....	38
5.4.13.1 Definición.....	38
5.4.13.2 Placa supragingival.....	38
5.4.13.3 Placa subgingival.....	39
5.4.14 CÁLCULOS DENTARIOS.....	40
5.4.15 HALITOSIS.....	40
5.4.16 GINGIVITIS.....	41
5.4.16.1 Gingivitis simple.....	41
5.4.16.2 Características clínicas de la gingivitis simple.....	41
5.4.16.3Gingivitis simple modificada por acciones hormonales.....	42
5.4.16.4 Gingivitis Simple Asociada al Embarazo.....	42
5.4.16.5Agravada por factores sistémicos.....	43
5.4.16.6 Fármacos.....	43
5.4.16.7 La gingivitis ulcerativa necrotizante aguda.....	44

5.4.16.8 Gingivitis no relacionada con la placa bacteriana.....	44
5.4.16.9 Etiopatogenia.....	44
5.4.16.10 Factores de riesgos.....	44
5.4.16.11 Signos y síntomas.....	45
5.4.17 PERIODONTITIS.....	45
5.4.17.1 PERIODONTITIS CRÓNICA.....	45
5.4.17.2 Definición.....	46
5.4.17.3 Características.....	46
5.4.17.4 PERIODONTITIS AGRESIVA.....	48
5.4.17.4.1 Periodontitis Agresiva localizada.....	49
5.4.17.4.2 Periodontitis Agresiva Generalizada.....	49
5.5 EMBARAZO.....	50
5.5.1 Infecciones dentales y parto prematuro.....	51
5.5.2 Alteraciones hormonales en la mujer.....	52
5.5.3 Cambios metabólicos y fisiológicos.....	53
5.5.4 Atención odontológica en la mujer embarazada.....	54
5.5.5 Cuidados por parte del profesional.....	54
5.5.5.1 Motivación del paciente.....	54
5.5.5.2 Aplicación de fluoruros.....	55
5.5.6 Medidas de fluorización.....	56
5.5.6.1 Dentífricos.....	56
5.5.6.2 Sal de mesa fluorada.....	56
5.5.6.3 Comprimidos de flúor.....	56
5.5.6.4 Geles fluorados.....	57
5.5.6.5 Aplicación de laca fluorada.....	57

5.5.7 Radiografías dentales y embarazo.....	57
5.5.7.1 Consideraciones especiales.....	57

CAPITULO VI

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	58
6.1.TIPO DE ESTUDIO.....	58
Investigación exploratoria.....	58
Investigación descriptiva.....	58
Investigación analítica.....	58
Investigación sintética.....	58
Investigación propositiva.....	59
Investigación bibliográfica.....	59
Investigación de campo.....	59
TÉCNICAS.....	59
POBLACIÓN.....	59
MUESTRA.....	60
RECURSOS.....	60
TALENTO HUMANO.....	60
MATERIALES.....	60
PRESUPUESTO.....	60
6.2 DESARROLLO METODOLOGICO.....	61

CAPITULO VII

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	62
--	----

INDICE DE LOS GRAFICUADROS DE ENCUESTAS

HIGIENE BUCAL.....	62
GRAFICUADRO #1	
¿Ha observado alguna anomalía en su cavidad bucal?.....	62
GRAFICUADRO # 2	
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes.....	64
GRAFICUADRO # 3	
¿Utiliza usted enjuagues bucales?	66
GRAFICUADRO # 4.....	68
¿Con que frecuencia utiliza usted el hilo dental?	
GRAFICUADRO # 5	
¿Con que frecuencia acude usted al odontólogo?	70
PROBLEMAS BUCODENTALES.....	72
GRAFICUADRO # 6	
¿Ha sentido ásperos los dientes?	72
GRAFICUADRO # 7	
¿Ha sentido resequedad en su boca?	73
GRAFICUADRO # 8	
¿Durante su embarazo ha tenido salivación excesiva?	75
GRAFICUADRO # 9	
¿Ha sentido alguna molestia en su boca durante el embarazo?	77

GRAFICUADRO #10

¿Durante su embarazo ha observado una carnosidad roja en sus encías?79

GRAFICUADRO # 11

¿Ha observado llagas en sus labios?81

GRAFICUADRO # 12

¿Ha observado que sus encías sangran?83

GRAFICUADRO # 13

¿Siente sus encías inflamadas?85

GRAFICUADRO # 14

¿Siente usted que tiene mal aliento desde que inicio su embarazo?87

GRAFICUADRO # 15

¿Ha sentido Ud. dolor en algún diente?89

GRAFICUADRO # 16

¿Ha observado manchas rojizas en su lengua?90

ALIMENTACIÓN..... 91

GRAFICUADRO # 17

Su alimentación en el desayuno se basa en?91

GRAFICUADRO # 18

¿Su alimentación en el almuerzo se basa en?93

GRAFICUADRO # 19

¿Su alimentación en la merienda se basa en?95

GRAFICUADRO # 20

¿Que ingiere usted entre comidas?97

GRAFICUADROS DE LAS FICHAS CLINICAS.....99

INDICADORES DE SALUD BUCAL.....99

GRAFICUADRO # 1	
PLACA BACTERIANA.....	99
GRAFICUADRO # 2	
CALCULO.....	101
GRAFICUADRO # 3	
GINGIVITIS.....	103
INDICADORES DEL “CPO”.....	105
GRAFICUADRO # 4	
CARIADOS.....	105
GRAFICUADRO # 5	
PERDIDOS.....	107
GRAFICUADRO # 6	
OBTURADOS.....	109
HALLAZGOS CLÍNICOS.....	111
GRAFICUADRO # 7	
LABIOS.....	111
GRAFICUADRO # 8	
MEJILLAS.....	112
GRAFICUADRO # 9	
MAXILAR SUPERIOR.....	113
GRAFICUADRO # 10	
MAXILAR INFERIOR.....	114
GRAFICUADRO # 11	
LENGUA.....	115
GRAFICUADRO # 12	

PALADAR.....	116
GRAFICUADRO # 13	
PISO DE BOCA.....	117
GRAFICUADRO # 14	
CARRILLOS.....	118
GRAFICUADRO # 15	
ENCLAVAMIENTO.....	119
GRAFICUADRO # 16	
HALITOSIS.....	120
GRAFICUADRO # 17	
GRANULOMA.....	121

GRAFICUADROS DE LA FICHAS DE OBSERVACIÓN

GRAFICUADRO # 1

TECNICA DE CEPILLADO DENTAL.....	122
----------------------------------	-----

GRAFICUADRO # 2

TECNICA DEL HILO DENTAL.....	124
------------------------------	-----

7.2 CONCLUSIONES.....	126
-----------------------	-----

7.3 RECOMENDACIONES.....	128
--------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA.....	129
-------------------	-----

PROPUESTA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una condición sistémica particular que modifica las condiciones bucodentales. La mujer durante el estado de gestación está sometida a una serie de cambios extrínsecos e intrínsecos relacionados entre sí que la hacen vulnerable a padecer afecciones bucodentales. Hay cambios en los modos y estilos de vida, aunque de ninguna manera puede hacerse extensivo a todas las embarazadas.

Los cambios en los hábitos alimenticios son evidentes, la dieta cariogénica en alta frecuencia comienza a cobrar un papel principal en relación con los restantes alimentos, lo que constituye el sustrato para la bacteria. Unido con esto, se presenta la deficiencia del cepillado por 2 motivos: las náuseas que produce la práctica de este hábito y porque la embarazada se ve asediada por la sintomatología propia de este estado, todo lo cual contribuye a la acumulación de placa dentobacteriana.

Por lo tanto se recalca la importancia de este tema ya que se propondrá educar a las pacientes sobre la importancia del cuidado bucal que estas deben tener, empezando por la incentivación de asistir voluntariamente a la consulta odontológica donde el especialista resolverá sus inquietudes y dolencias bucodentales.

ANTECEDENTES

Durante el embarazo se debe prestar una especial atención a la salud de la cavidad oral ya que existe la creencia de que el embarazo se asocia en la mujer con una patología buco dental. Si bien esto no tiene por qué ser cierto, si es verdad que durante el embarazo se producen cambios fisiológicos en los tejidos orales.

Dada la condición socioeconómica en la que nos desenvolvemos, existe una deficiente cultura preventiva de la salud oral en las gestantes, ya que ellas se enfocan más en su periodo de embarazo y le dan poca o ninguna importancia a los problemas bucodentales como a la higiene y alimentación que estas deben tener para preservar la salud buco dental.

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

En el lugar escogido, según el diagnostico realizado a lo largo de las experiencia obtenidas, no existe ningún tema de investigación con respecto a los hábitos de higiene y alimentación y su relación con los problemas bucodentales en las embarazadas que asisten al departamento odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”.

Esta se podrá llevar adelante mediante una interacción entre paciente profesional que permita concientizar a las mujeres en periodo de gestación de la

vulnerabilidad ante los problemas dentales de los que ellas están expuestas durante dicho periodo.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es un estadio transitorio por el cual pasan las mujeres, dando felicidad como también una adquisición de responsabilidad muy seria, este estadio conlleva a un sin número de problemas a la que esta expuesta su cavidad bucal.

Existen muchos factores que obligan a la embarazada a darle todo interés al cuidado y conservación de la salud bucal, como son el nivel cultura por lo que la paciente tiene la creencia de que el embarazo conlleva a un incremento de caries y pérdida de dientes, muchas pacientes expresan “con cada niño se pierde un diente”

Otro factor evidente es el escaso recurso económico de la paciente que se ve impedida a la adquisición de implementos de higiene necesarios para el buen estado bucal.

Es importante que la paciente tenga conocimiento que en la actualidad existen tratamientos preventivos y tratamientos restauradores y las facilidades de asistir a una consulta odontológica ya que hoy en día la atención es gratuita para todos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

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

¿Por que existe un elevado número de casos de problemas bucodentales en las embarazadas atendidas en el Dpto. Odontológico del Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda” de la Ciudad de Portoviejo?

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

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN

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

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

Los autores observamos la poca importancia que las embarazadas le prestan al cuidado de su salud bucodental, motivo por el cual la investigación fue realizada para incentivar a las mismas a mejorar su salud oral, y así mismo acrecentar sus conocimientos.

Crearé un beneficio en la sociedad especialmente en las embarazadas que asisten al departamento odontológico del Hospital Verdi Cevallos Balda, objeto de la investigación. A parte que permitió a los autores vincularse abiertamente con las embarazadas para aportar con sus conocimientos, y hacer consciencia de que los problemas buco-dentales existen y que llevado de una manera adecuada se puede evitar.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

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

3.1 OBJETIVO GENERAL

“Determinar los hábitos de higiene y alimentación y su relación con los problemas bucodentales de las embarazadas que asisten al departamento odontológico del Hospital “Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.”

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar los hábitos de higiene y alimentación que tienen las embarazadas.
- ✓ Investigar el porcentaje de embarazadas que presentan afecciones bucodentales, caracterizando cada uno de ellos.
- ✓ Relacionar los Hábitos de higiene y alimentación con los indicadores de salud bucal.
- ✓ Elaborar una propuesta alternativa.

CAPITULO IV

4. HIPOTESIS

4.1 HIPOTESIS GENERAL

La Higiene oral influye significativamente en las afecciones bucodentales de las embarazadas que asisten a la consulta odontológica del Hospital Regional de Portoviejo.

4.2 HIPOTESIS ESPECÍFICA

- La deficiente higiene bucal y la incorrecta alimentación incide en las afecciones bucodentales en las embarazadas.
- Elevado porcentaje de embarazadas presentan afecciones bucodentales.
- Existe un elevado índice epidemiológico en las embarazadas.

CAPITULO V

5.1 MARCO INSTITUCIONAL

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

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

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

Dentro de la cual han pasado un sin número de directores (44), siendo en la actualidad el Dr. Jhonny Merchán quiñones y la Sud-Directora la Dra. Carmen Campusano de Jaramillo.

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

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

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

En esta área las consultas son gratuitas, la prioridad de este departamento son lo hospitalizados, embarazadas, niños menores de 5 años, y programas escolares.

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

5.2. HIGIENE BUCAL

5.2.1 TÉCNICAS DE CEPILLADO

“... Siendo la más aceptada actualmente la llamada técnica modificada de Bass. También se han utilizado la técnica de Charters y la técnica modificada de Stillman...”

5.2.1.1 Técnica modificada de Bass. “Se aplica cepillo con múltiples cerdas, blando con la cabeza con un ángulo de 45° con respecto del eje longitudinal del diente y se presiona en sentido apical contra el margen gingival. El cepillo se mueve en dirección antero posterior con movimientos cortos vibratorios. Cuando se limpian las caras linguales de los dientes anteriores, el cepillo tiene que ser

puesto verticalmente para obtener absceso adecuado al área gingival de esos dientes. El método de Bass, correctamente utilizado, es eficaz, para eliminar los depósitos blandos ubicados inmediatamente por debajo y por encima del margen gingival.” (Fig.8)

5.2. 1.2 Método de Charters.” Se aplica la cabeza del cepillo contra los dientes en un ángulo aprox. de 45° con el plano oclusal. Las cerdas del cepillo dental quedan dirigidas hacia el plano oclusal/incisal y con el cepillo se hace movimiento rotatorio. Este método de limpieza dentaria es particularmente eficaz en los casos de recesión de las papilas interdentarias, es decir, cuando los espacios interdentarios están abiertos y accesibles así a la penetración de las cerdas del cepillo”.¹

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

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

¹ LINDHE Jan, TKarrimg horkild. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Edición Nº 3. Edit. Medica Panamericana España 2001. Pág. 444,445

El método de Stillman esta indicado en pacientes con retracción gingival progresiva y con exposición de la superficie radicular.”²

5.2.2 FRECUENCIA DEL CEPILLADO

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

Además, se ha observado que el paciente cepilla con mejor disciplina sus dientes varias veces al día que una sola vez por un tiempo prolongado. Excepcionalmente-te un paciente dedica 15 minutos seguidos a su control de placa. Algunos autores creen que la PB demora un tiempo en organizarse para ser patógena y que realmente un cepillado totalmente efectivo cada 48 horas sería suficiente.

No existe un cepillo ideal. Clínicamente se aprecia PB remanente y formación de cálculos en pacientes con hábitos de higiene oral aceptable. En estos casos es aconsejable el uso de gasa en forma adicional y elementos de higiene interproximal con el propósito de "limpiar" y no "barrer" la zona de contacto placa-margen gingival. La limpieza artificial del espacio del surco gingival con la utilización de cepillos puede causar daño tisular (atrofia gingival).”³

5.2. 3 TIPOS DE CEPILLOS

“El cepillo dental ha sido utilizado por siglos con el propósito de retirar restos alimenticios depositados sobre las superficies dentarias. No existe un cepillo de

² BARRIOS M. Gustavo. Odontología. Tomo 1. Editar Ltda. Colombia 2004. Pág. 309

³ BARRIOS M. Gustavo. Odontología. Tomo 1. Editar Ltda. Colombia 2004. Pág. 306,307,309

dientes ideal. No se aconseja la utilización de cepillos con cerdas demasiado duras porque pueden traumatizar la encía y producir retracción gingival; se aconsejan cerdas sintéticas redondeadas en la punta. Existen básicamente dos tipos de cepillo para prescribir al paciente: manual o eléctrico.

5.2.3.1 CEPILLO ELÉCTRICO.

Está indicado en pacientes con alguna limitación en los movimientos físicos o que tienen algún problema de comprensión.

5.2.3.2 CEPILLO MANUAL.

Se aconseja que sea de cerda suave, cada cerda de un diámetro aproximado de 2 mm y puntas redondeadas.

5.2.4 MEDIOS AUXILIARES DE LA HIGIENE BUCAL.

5.2.4.1 Pastas dentales.- Aunque la costumbre generalizada es usar cepillo y pasta, esta por si misma no garantiza una limpieza adecuada, aunque la espuma y su sabor produzca la sensación de boca limpia.

Para seleccionar un dentífrico debe buscarse el que contenga fluoruro, pues este puede ayudar a prevenir las caries. Existen otros dentífricos que adicionan a la formula agentes Antisarro o antibacterianos, pero hasta la fecha no han demostrado que por si solo impidan enfermedades en las encías, y mucho menos que sirvan para tratarlas.

5.2.4.2 Tabletas reveladoras de placa

La necesidad de la limpieza bucal esta relacionada con la remoción adecuada de la placa bacteriana y una forma mas segura de distinguir a las bacterias para eliminarlas es observándolas mediante tinciones.

La placa bacteriana es afín a los colores, por lo que al usar una tableta de colorante vegetal las bacterias adquirirán el color y se harán evidentes, estas pastillitas que se chupan bien pudieran llamarse “tabletas delatadoras de placa”.

Se recomienda utilizarlas para calificar y mejorar la manera de limpiarse los dientes. El área teñida es la que se tiene que tallar con el cepillo y con los pequeños accesorios interdetales.

5.2.4.3 Palillos dentales

Es frecuente ver que en un restaurante el público solicite palillos para eliminar la comida retenida en los dientes. En realidad esta costumbre debe ser orientada a no utilizar el palillo para eliminar la comida acumulada en la muela careada, pero si es útil emplear palillos de madera para remover la placa bacteriana entre los dientes. Existen palillos especiales para este propósito, son económicos y muy recomendables.

5.2.4.4 Enjuagues bucales

Al igual que las pastas los enjuagues bucales se utilizan solo como saborizantes y en general para disimular el mal aliento. El enjuague debe ser un complemento de la higiene y cuidado bucal.

Si bien existen un par de enjuagues mas efectivos, ninguno llega a las zonas difíciles del cepillado, entre diente y diente, o por debajo del margen de la encía. Solo ayudan a prevenir o reducir la placa bacteriana que esté por encima del margen de la encía y pueden ser eficaces para controlar la gingivitis cuando el dentista lo recomiende.”⁴

5.2.5 CONTROL QUIMICO DE LA PLACA BACTERIANA

“Como complemento a los procedimientos mecánicos en el control de placa bacteriana el rol y utilidad de los químicos de aplicación tópica han sido investigados intensamente en periodóncia, asociados al tema de prevención y tratamiento adjunto de la enfermedad periodontal.(Fig.10)

1. Colutorios
2. Irrigación
3. Hipersensibilidad dentinaria

5.2.5.1 Colutorios

Los enjuagatorios orales, independientemente del agente químico usado, no penetran dentro del surco y/o bolsa periodontal de manera significativa, por lo que su acción se limita al control de placa bacteriana supragingival y al manejo terapéutico de la gingivitis. Ni el nivel de profundidad al sondaje y ni el nivel de inserción son alterados significativamente.

El agente antiplaca más investigado y efectivo es la clorhexidina.

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

Una propiedad importante de la clorhexidina es su elevada substantividad, esto es la asociación prolongada entre un material y un sustrato, más prolongada aún de lo que se esperaría con una deposición mecánica simple. Esto favorece la liberación del agente en forma lenta al medio.

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

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

Los antibióticos no están indicados para el control de placa bacteriana. Su potencial de efectos y reacciones adversas sobrepasa su posible valor terapéutico y no son efectivos en el control de placa bacteriana supragingival y en el tratamiento de gingivitis.

5.2.5.2 Irrigación

El uso de aparatos de irrigación pueden incrementar la capacidad de los productos de alcanzar el área subgingival, no obstante, diversos estudios han concluido a modo general que la irrigación a nivel del margen gingival es poco eficiente en alcanzar una extensión lo suficientemente apical con respecto de la placa bacteriana subgingival, aún cuando la punta del irrigador sea colocada 3 mm dentro de la bolsa. Actualmente se han diseñado aparatos de irrigación oral eléctricos y mecánicos, teniendo una baja predictabilidad en alcanzar la

profundidad completa de la hendidura gingival, tanto en sitios de escasa profundidad como de mayor profundidad.

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

5.2.5.3 Dentífricos

Las principales funciones de un dentífrico (adicional al cepillado) son: reducir la cantidad de placa bacteriana, disminuir el riesgo de caries, remover tinciones dentarias, remover restos de alimentos y mejorar el aliento. Los beneficios que persiguen están directamente influenciados por la acción del agente principal y su relación con otros compuestos, ya sea de la misma formulación o de otros orígenes. Las pastas dentales contienen un número de compuestos que sirven a los propósitos antes mencionados:

Los dentífricos que contienen pirofosfatos solubles o compuestos de zinc han demostrado una reducción entre un 10% y 50% de los depósitos de cálculo dentario. Los estudios describen que la presencia de pirofosfatos no altera la biodisponibilidad del flúor en los dentífricos.

5.2.5.4 Hipersensibilidad dentinaria.

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

Deben ser usados por un período no menor a 12 semanas para alcanzar un efecto desensibilizantes importante acompañado de un efectivo control mecánico de la placa bacteriana. Como resultado de un mejor nivel de control placa bacteriana la sensibilidad y las secuelas de la acción de la placa son reducidas.

El control de placa bacteriana más efectivo es la remoción mecánica mediante la práctica de una adecuada técnica de cepillado y uso de seda dental y la profilaxis profesional.»⁵

5.3 ALIMENTACIÓN

5.3.1 NUTRICIÓN ADECUADA PARA PREVENIR LAS CARIES

“...La mujer durante el embarazo debe tener una alimentación balanceada, rica en proteínas y minerales, pero nos referimos de forma exclusiva al cuidado de los dientes

5.3.1.1 La vitamina A

Importante para el funcionamiento del sistema óseo y reproductivo, ayuda en la formación de tejidos y células durante el desarrollo del feto.

La vitamina A se encuentra en los alimentos de origen animal como la leche, la yema de huevo, el hígado, el aceite de hígado de pescado y la margarina enriquecida, en los vegetales, frutas y hortalizas de color amarillo, naranja o rojizo como la zanahoria, el tomate, níspero, mandarina, melocotón, ciruela amarilla

⁵ www.sdpt.net/CAR/controlquimicoplacabacteriana.htm

entre otros. Todos estos alimentos contienen betacaroteno, un pigmento colorante que en nuestro organismo se transforma en vitamina A.

Así mismo, la vitamina A puedes encontrarla en las hortalizas, verduras y frutas de color verde, en la que la clorofila es más abundante y enmascara el color del betacaroteno, como espinacas, acelga, brócoli, apio verde o pimiento verde.

5.3.1.2 VITAMINA D

La vitamina D pertenece al grupo de los liposolubles. Se deposita en los huesos y dientes ya que ayuda a la absorción intestinal del calcio y fósforo.

La vitamina D la encontramos en los lácteos, en la yema del huevo y en los aceites de hígado de pescado y alimentos de origen vegetal.

El no consumo de vitamina D puede generar alteraciones óseas, trastornos dentales y alteraciones metabólicas como raquitismo y tetania.

El exceso de vitamina D puede llevar a la debilidad, cansancio, náuseas.

5.3.1.3 VITAMINA C

Excelente complemento, su bajo consumo produce que el esmalte dental se debilite, mantiene los cartílagos, huesos y dientes.

Se halla en los cítricos, coles coliflor, papas entre otros.

Los alimentos salados suelen resultar de bastante ayuda, ya que una de las causas que provocan la sensación de mareo y malestar es el exceso de salivación, algo que este tipo de alimentos ayuda a controlar. No obstante, ten cuidado en no

abusar de éstos, ya que la sal en exceso puede resultar perjudicial. Los chicles también ayudan a controlar la producción de saliva.

Algunos lácteos como la leche, el yogurt natural o el queso pueden ayudarte con las náuseas matutinas. Otro truco es llevar contigo una bolsa de almendras saladas, que además de ser ricas en proteínas, ayudan en el aporte de energía diario.”⁶

5.3.2 DIETA, NUTRICIÓN Y SALUD ORAL

5.3.2.1 Introducción.

“La relación entre dieta y caries dental es compleja, no solo por que la etiología de la caries es multifactorial, si no porque también lo son la dieta y la dentición.

El papel de la dieta como elemento clave en la etiología de las caries dental esta bien establecido, y la evidencia acerca del papel del consumo frecuente de hidratos de carbono simples y en particular de sacarosa es concluyente. Sin embargo, muchos estudios no han hallado una relación firme, en parte debido al uso frecuente de flúor en la población, lo cual ha modificado el impacto de los azúcares.

Los efectos locales de la dieta sobre el metabolismo de la placa bacteriana y sobre el pH intraoral so mucho más importantes en la etiopatogenia de la caries que sus efectos sistémicos o nutricionales, especialmente en lo que concierne a la dentición permanente. Los factores ambientales, especialmente la dieta y el aporte

⁶ <http://www.elembarazo.net/tag/caries-prevencion>

adecuado de flúor parecen ser los principales determinante, tanto de la prevención de la aparición de la lesión cariosa, como de su reversibilidad una vez ya iniciada.

5.3.3 DIETA Y CARIES

La caries dental es una enfermedad de origen multicausal. Entre los factores implicados en su aparición destacan algunos aspectos de la dieta, la microflora oral, las características de la secreción salival y aspectos genéticos. La dieta proporciona los nutrientes esenciales a los tejidos del huésped y también, a las bacterias de la cavidad oral y del tubo digestivo.

Parece que el único componente de la dieta capaz de provocar la aparición del proceso carioso son los hidratos de carbono fermentables, sobre todo la sacarosa, cuyo consumo se ha asociado con mayor frecuencia de caries dentales.

También se ha constatado el poder cariogénico de otros azúcares, como la glucosa y la fructosa, aunque de menor intensidad.

“La deficiencia de vitamina A puede afectar la estructura del esmalte, sin que ello conlleve un aumento del riesgo de caries. Las deficiencias de vitamina D y calcio son las causas de decoloraciones del esmalte así como de retrasos en la erupción y alteraciones en el desarrollo del diente.”⁷

5.3.4 EFECTOS LOCALES DE LA DIETA

“Está perfectamente demostrado que los hidratos de carbono de absorción rápida de la dieta son inductores de caries y que ejercen su efecto cariogénico localmente en la superficie del diente. Las diferencias en la retención de los alimentos

⁷ ARANCETA Bartina Javier. Nutrición Comunitaria. Edición: 2. Elsevier España, 2001. Pág. 26

explican las variaciones en la incidencia de caries entre los distintos dientes, tales como los molares e incisivos, desarrollados en un mismo individuo bajo idénticas condiciones nutricionales y sistémicas los hidratos de carbono de la dieta son el sustrato energético de los microorganismos bacterianos presentes en la placa, y pueden ser fermentados directamente, o después de su almacenamiento en la placa o en la superficie del diente como polímeros extracelulares de glucosa o fructuosa.

El almidón puede ser parcialmente convertido en glucosa soluble por acción de las enzimas salivales y ser utilizado por las bacterias de la placa. Esta fermentación anaeróbica de los azúcares conlleva a la producción de ácidos orgánicos, principalmente ácido láctico, que se deposita en la placa y en las lesiones preexistentes del esmalte, y por ello después de cada ingesta de azúcares se produce una disminución del pH de la saliva y la placa. El pH ácido, al contrario del neutro, conlleva la desmineralización del diente; por tanto si los periodos de desmineralización son demasiado frecuentes o demasiado largos en relación con los periodos de remineralización o reposo como consecuencia de ingesta frecuente, repetidas o continuas de azúcares, el resultado final será la lesión de caries.

5.3.5 CARIOGENICIDAD RELATIVA DE LOS ALIMENTOS:

5.3.5.1 EVIDENCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

Es importante diferenciar entre los conceptos de acidogenicidad y cariogenicidad.

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

La razón por la cual la sacarosa añadida al almidón incrementa su potencial criogénico podría ser que el almidón prolonga el tiempo de retención del alimento en la cavidad oral. De hecho se ha visto que la forma física del alimento influye en su cariogenicidad. Además, existen ciertas indicaciones de que el almidón puede incrementar la producción de ácido a partir de la sacarosa cuando ambos están presentes. Existen ciertas evidencias científicas, aunque poco firmes, de que la ingesta de patatas fritas y otros tentempiés salados pueden dar lugar a la acidificación del medio oral en el hombre.”⁸

5.3.5.2 DIETA NO CARIOGÉNICA

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

- ✱ El carbohidrato más implicado es la sacarosa.
- ✱ Los alimentos azucarados, sólidos, adhesivos, pegajosos son más cariogénicos.

⁸ **Cuenca Sala Emili.** Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Edición. 3. Edit. Elsevier España, 2007. Pág. 63-65,71-73

- ✱ El riesgo de caries aumenta si se consume carbohidratos en las comidas y principalmente antes de acostarse.
- ✱ Hay alimentos con efectos preventivos sobre la caries como el cacao.
- ✱ El prototipo de alimento cariogénico sería un azúcar refinado, adhesivo, ingerido entre las comidas.
- ✱ Las medidas preventivas a adoptar desde el punto de vista dietético serían las siguientes.
- ✱ Favorecer una dieta equilibrada y nutritiva, con disminución de la ingesta de azúcares pero manteniendo una proporción adecuada de carbohidratos.
- ✱ disminuir la ingesta de refrescos azucarados, dulces, galleta y otros azúcares sólidos adhesivos.
- ✱ Procurar ingerir los hidratos de carbono durante las comidas principales, cepillándose posteriormente los dientes. Se pueden consumir sustitutos del azúcar como sacarina, sorbitol y xilitol.”⁹

5.4 AFECCIONES BUCALES EN EL EMBARAZO

5.4.1 Introducción.

“Las lesiones que se presentan a nivel bucal, son muy variadas y ocurren como resultado de las alteraciones hormonales que acontecen en el transcurso del embarazo, estas desaparecen al finalizar dicha etapa o al aplicarles tratamiento.

⁹ **García Caballero Carlos, González Meneses Antonio.** Tratado de Pediatría Social. Edición. 2. Edit. Díaz de Santos, 2000. Pág. 431

En este periodo suelen ocurrir con mayor facilidad debido a que la composición de la saliva cambia, facilitando la proliferación de las bacterias causantes de caries. Por ello, es muy importante que en cuanto la madre se entere de que llegará un nuevo hijo, atienda el problema para que éste no se agrave. De la misma forma, al finalizar el parto se hace necesaria otra revisión para evaluar el estado bucal y remediar cualquier anomalía que se haya presentado a lo largo de la gestación.

Las enfermedades periodontales son un grupo de cuadro clínico de origen infeccioso que afecta a la estructura de soporte de los dientes y se clasifican en dos amplios grupos, gingivitis y periodontitis. La gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía, sin migración apical del epitelio de inserción y por tanto sin destrucción de los tejidos de soporte del diente.

La periodontitis es también un proceso inflamatorio de que se extiende a los tejidos de soporte del diente, y se caracteriza por la migración apical de la inserción epitelial y la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar.”¹⁰

5.4.2. ULCERAS AFTOSAS (AFTAS)

“Estas úlceras superficiales de la mucosa oral son muy comunes y afectan en algún momento hasta el 40 % de la población. Resulta más comunes en las dos primeras décadas de vida, son dolorosas y normalmente recurrentes y se encuentran con más frecuencia en ciertas familias. Las lesiones aparecen como

¹⁰ <http://www.bebesmundo.com/dientes-sanos-durante-el-embarazo/>

úlceras únicas o múltiples, superficiales, hiperémicas, cubiertas por un exudado fluido y bordeados por una mucosa estrecha de eritema.”¹¹

“La estomatitis aftosa recidivante (EAR) es una enfermedad frecuente en humanos. Dentro de la cavidad oral, la EAR es la afección mas frecuente de los tejidos blandos de las mucosas. Afecta aproximadamente del 15 al 20% de la población mundial.

En la cavidad oral, la EAR presenta tres formas clínicas distintas:

- 1.- Estomatitis Aftosa Menor.
- 2.- Estomatitis aftosa mayor.
- 3.- Úlceras herpetiforme.

5.4.2.1 Estomatitis Aftosa Menor.- La estomatitis aftosa menor es la forma clínica de casi todas las lesiones de EAR aparece en episodios, con presencia de menos de cinco úlceras a la vez. Las úlceras se localizan en la mucosa glandular respetando las encía, el paladar duro y el dorso de la lengua. Las lesiones son redondas pero pueden ser elípticas si se localizan en una cresta o pliegue lingual son pequeñas de con un diámetro de 0.5 mm a 1 cm superficiales, con bordes marcados y crateriforme y presentan una base blanca amarilla con un halo eritematoso en la mucosa circundante.

Los pacientes se quejan de dolor proporcionalmente intenso para el tamaño de la lesión. Las localizaciones mas frecuentes de las lesiones son las superficies de la mucosa de los labios, (Fig.1) paladar blando posterior y pilares anteriores. Otras

¹¹ KUMAR Vinay, Abbas Abulk, Fausto Nelsón. Patología Estructural y Funcional. VII Edición. Edit. Elsevier España 2005. Pág. 780

localizaciones más frecuentes son bordes lateral y ventral de la lengua y el surco anterior de la boca.

5.4.2.2 Estomatitis Aftosa Mayor.- la estomatitis aftosa mayor es muy rara, aunque representa la segunda forma más frecuente de EAR. Las lesiones aparecen sobre áreas de la mucosa con gran cantidad de glándulas salivales menores.

Las lesiones son grandes, en comparación con las aftas menores, entre 5 y 20 mm o más de tamaño. Su número es escaso, generalmente solo una o dos a la vez y fundamentalmente en dos localizaciones: mucosa labial y área del paladar blando posterior, pilares anteriores. Las lesiones son crateriformes, más profundas que las de las estomatitis aftosas menores y duran mucho más hasta 6 semanas.”¹²

5.4.3 GRANULOMA DEL EMBARAZO

5.4.3.1 Características clínicas

“El granuloma piógeno se llama, más correctamente, granuloma telangiectásico, pues la lesión está muy vascularizada y no suele ser purulenta, (Fig.2) como sugiere el término piógeno. Con frecuencia se ulcera y la úlcera recubierta por fibrina puede semejar una purulencia. El granuloma piógeno puede ser concebido como una reacción exagerada a un trauma menor, sin que haya sido posible identificar un microorganismo infeccioso definido.

El granuloma piógeno puede presentarse en todas las zonas de la cavidad bucal, pero se encuentra con mayor frecuencia en la encía marginal.

¹² PHILIP Sapp J, Eversole LR, Wysocki George P. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. II. Edición. Edit. Elsevier España 2005. Pág. 253-255

Se presenta más corrientemente en la región vestibular de la parte anterior del maxilar, de preferencia en superior. Puede desarrollarse rápidamente y el tamaño varía considerablemente es rojizo o azulado, a veces lobulado, y puede ser sésil o pedunculado. Es frecuente su ulceración y es común que sangre, pero es típicamente indoloro. Los dientes pueden llegar a separarse por la presión de la lesión. El tumor del embarazo o granuloma del embarazo que aparece entre el cuarto y noveno mes de gestación, pero con frecuencia remite después del parto.

5.4.3.2 Tratamiento.- El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica, pero el granuloma piógeno tiene un potencial de recidiva. Es importante eliminar toda fuente de irritación, como placa, sarro y restauraciones inadecuadas.”¹³

5.4.4 XEROSTOMÍA

“Se conoce como xerostomía a la disminución importante de la producción de saliva por la boca. Sucede cuando las glándulas salivales dejan de funcionar correctamente, a menudo como efecto secundario de medicamentos o debido a otros problemas de salud. Si no se la trata, puede causar caries, ya que la saliva ayuda a librar a la boca de pequeños trozos de comida y también ayuda a evitar que el ácido forme placa sobre sus dientes. Los cambios hormonales asociados con el embarazo y la menopausia también han sido asociados con la boca seca.”¹⁴

¹³ **JAN Lindhe, Thorkild Karring.** Periodontología clínica e Implantología odontológica. Edición nº 3. Edit. Medica Panamericana España 2001. pág. 362, 363

¹⁴ **J. PHILIP Sapp, L R Eversole, George P. Wysocki.** Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Edición: 2. Elsevier España, 2005. Pág. 253-255, 383

5.4.4.1 Recomendaciones generales en la Xerostomía

“ Se debe estimular la secreción salival mediante la ingesta de alimentos que requieran una buena masticación (apio, Zanahoria, Jamón curado en tacos) mantener en la boca aceituna con hueso, masticar chicles sin azúcar y ricos en xilitol y/o bolitas de cera de parafina, disolver en la boca caramelos de esencias cítricas, así como aumentar el consumo de frutas, bebidas y zumos cítricos, esencia de cítricos y pulverizados de ácidos cítricos. Se recomienda siempre la acción de masticar y ejercicios lingual (mover la lengua de izquierda a derecha).

La hiposalivación dificulta la deglución por lo que enfermos con salivación insuficiente se ha conseja potenciar los alimentos de textura blanda y jugosa como guisos, cremas, sorbetes y gelatinas así como alimentos con altos contenido de agua: sopas, muses, bebidas con gas, zumos cítricos, té, café con hielos entre otros, utilizando los líquidos junto con los sólidos se ayuda a la masticación y se favorece la deglución y si la saliva es excesivamente espesa se recomienda servir las comidas calientes.”¹⁵

5.4.5 SALIVACIÓN EXCESIVA

“En las primeras etapas del embarazo es muy común que las mujeres experimenten un exceso en la producción de saliva. A pesar de que este síntoma podría ser muy incómodo y desagradable, será inofensivo y normalmente desaparecerá luego de los primeros meses. Este síntoma será mucho más común en aquellas mujeres que también estén padeciendo de náuseas matinales. Para tratar de solucionar este problema de a poco, trate de cepillarse los dientes con

¹⁵ J. SALAS Salvador. Nutrición y Dieta. Edición N° 2 Editorial Elzevir España, 2008

mucha frecuencia utilizando pasta dental mentolada, realícese lavados bucales con enjuagues bucales de menta o mastique chicles sin azúcar.”¹⁶

5.4.6 HERPES SIMPLE ORAL

5.4.6.1 HERPES SIMPLES ORALES RECIDIVANTES

“Los dos principales tipos clínicos de infecciones de herpes simple oral recidivante son; según la localización de las lesiones:

- 1.- El Herpes labial recidivante y
- 2.- El herpes intraoral recidivante.

El herpes labial recidivante afecta los labios mientras que el herpes intraoral recidivante involucra el paladar o la encía de la arcada superior, ambos se asocian comúnmente con un tratamiento dental resiente, y se presenta como un cumulo de pequeñas lesiones vesiculosas o peniformes. El aspecto clínico de las lesiones que se encuentran en los dos tipos es diferente. Puesto que las lesiones labiales suelen afectar a la mucosa seca o la piel, forman vesículas visibles llenas de líquido que se rompen, forman ulcera y se resuelven en forma de lesiones costrosas de color pardo.

5.4.6.2 HERPES LABIAL RECIDIVANTE

El herpes labial suele presentarse después de una infección vírica del tracto respiratorio superior. La reactivación de un virus del herpes simple latente recidivante en el ganglio del trigémino puede desencadenarse por exposición

¹⁶ http://espanol.pregnancy-info.net/pregnancy_first_trimester.html

prolongada a la luz solar, traumatismo y manipulación de los labios, fiebre e inmunosupresión, menstruación y periodos de estrés.

Los tratamientos empíricos consisten en mantener las lesiones hidratadas y cubiertas con una pomada para evitar infección bacteriana secundaria.

5.4.6.3 HERPES INTRAORAL RECIDIVANTE

El herpes intraoral recidivante es raro y puede presentarse después de un tratamiento dental o de la inyección de un anestésico local el área mas común es el paladar duro, sobre los orificios palatinos mayores otras localizaciones son la encía libre o insertada en especial de la arcada superior. No se conoce ningún tratamiento. Suele bastar con establecer el diagnostico y aliviar las preocupaciones del paciente.”¹⁷

5.4.7 CANDIDIASIS ORAL

“Existen ciertas particularidades en la cavidad oral, como la acidez, que comportan un medio adecuado para el desarrollo fúngico.

Para aliviar la sintomatología se puede realizar colutorios con antifúngicos. Las especies de cándida están presentes en la cavidad oral en forma saprofita pudiendo ciertos factores del huésped, bacterianos o del ambiente, cambiar el equilibrio del medio y provocar la patogenidad de cándida.

Entre los factores que favorecen a la colonización de cándida se puede destacar los siguientes:

¹⁷ J. PHILIP Sapp, L R Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Edición: 2. Elsevier España, 2005. Pág. 211, 212

a) Generales

- ✿ Infección por VIH
- ✿ Diabetes
- ✿ Tratamiento con antibióticos o corticoides
- ✿ Leucemias
- ✿ Carencia de vitaminas

b) Locales

- ✿ Portadores de prótesis dentales
- ✿ Habito de mordisqueo de la mucosa yugal
- ✿ Perdida de la dimensión vertical
- ✿ Falta de higiene

5.4.7.1 Tratamiento de la candidiasis oral

El tratamiento de elección continua siendo la nistatina tópico, mediante enjuagues con nistatina, 5-10ml, 3-4 veces al día, o 1-2 grageas de 500.000U disueltas en la boca tras veces al día. El paciente debe hacer enjuagues 4 veces al día, durante 4 minutos cada vez, durante 4 días.

La suspensión no es absorbida por el tracto gastrointestinal y, salvo por su sabor amargo, carece de efectos adversos. La duración del tratamiento debe ser de al menos 30 días y se recomienda seguir 1-2 semanas más después de la desaparición clínica de la infección.”¹⁸

¹⁸ **Jurro Martin A., Cano Pérez J. F.** Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica. Edición 5, Edit. Elsevier España 2003. Pág. 1543,1544

5.4.8 QUEILITIS ANGULAR

“La queilitis angular, o boqueras, es un trastorno de los labios (Fig.3) causado por varios factores, tales como deficiencia de riboflavina, anemia por deficiencia de hierro.

Sin embargo muchos casos se deben a la pérdida de la dimensión vertical de los dientes que puede producirse en pacientes que llevan prótesis dentales o en personas desdentadas. En estos casos se forma un pliegue en los ángulos de la boca, la saliva humedece la zona de forma continuada, con lo que produce maceración y formación de fisuras.

Se ha demostrado que ciertos microorganismos, tales como *C. albicans*, estreptococos, estafilococos, etc., pueden superponerse o causar queilitis angular Y que la misma aparece durante el embarazo, como consecuencia de anemias y de infecciones micóticas.

5.4.8.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

La enfermedad se caracteriza por la presencia de maceración, fisuras, eritema con erosiones y formaciones de costras en las comisuras. Las lesiones no se extienden más allá del borde mucocutáneo, puede producirse sensación de sequedad y quemazón. La queilitis angular si no se trata, puede persistir mucho tiempo, con remisiones y reagudizaciones.

5.4.8.2 TRATAMIENTO

Corrección de la dimensión vertical y administración de vitaminas y esteroides locales o pomada con antibiótico.”¹⁹

5.4.9 LENGUAS DESPAPILADAS

“Asociadas con el proceso anémico propios del embarazo, además a vómitos frecuentes y falta de la higiene bucal.

Cuando la ferropenia es severa aparece el síndrome de Plummer-Vinson, que consiste en la triada de glositis, rágades bucales y disfagia.”²⁰

5.4.9.1 LENGUA GEOGRÁFICA.

“Llamada también *glositis migratoria benigna*. Caracterizada por la pérdida de las papilas filiformes. Su causa se desconoce pero se ha implicado factores emocionales, nutricionales y bacterianos.

5.4.9.1.1 Características Clínicas

Clínicamente se manifiesta como área de color rojo brillante con ausencia de papilas filiformes rodeadas de un borde blanco grisáceo (Fig.4).

Característicamente las lesiones aparecen de manera brusca y cambian en el tiempo, de aquí la denominación de *migrans*. En la mayoría de los casos no

¹⁹ LASKARIS George. Atlas de enfermedades orales. Edit. Elsevier España, 2005. Pág. 130

²⁰ CENTROS Hospitalarios de Alta Resolución de Andalucía (chares). Temario Específico de Técnico Especialista de Laboratorio. Vol. 1. Publicado por MAD-Eduforma

presenta sintomatología, en algunos existe una mayor sensibilidad a alimentos muy condimentados.”²¹

5.4.9.1.2 Síntomas

- “Superficie lingual con apariencia de mapa
- Parches que cambian su localización de un día para otro
- Parches y lesiones linguales de color rojo encarnado y lisas
- Inflamación y dolor urente (en algunos casos)

5.4.9.1.3 Pruebas y exámenes

El médico normalmente diagnostica esta afección sobre la base de una evaluación de la lengua y, por lo general, no es necesario llevar a cabo exámenes.

5.4.9.1.4 Tratamiento

No existe tratamiento para esta enfermedad.

5.4.9.1.5 Pronóstico

La lengua geográfica es una afección inofensiva, pero puede ser persistente y molesta.”²²

²¹ **LÓPEZ S. Antonio, Gonzales R. Elena.** Conceptos básicos de odontoestomatología para el médico de atención primaria. Edit. Elsevier España, 2001. Pág. 135

²² www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001049/.htm

5.4.10 CARIES DENTAL

5.4.10.1 DEFINICIÓN

“La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por una serie de reacciones complejas que resultan en primer lugar por la destrucción del esmalte dentario y posteriormente, si no se le detiene, en la de todos los tejidos del diente (Fig.7).

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

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

La lesión cariosa se inicia a través de la placa dentobacteriana, que es una colección de colonias bacterianas que se adhieren firmemente a los dientes y encías, además, se forma de restos de alimentos, saliva, células muertas y otros elementos. Los microorganismos de la boca forman ácidos a partir de los restos alimenticios que no han sido removidos con el cepillado dental.

Los alimentos que más favorecen la caries dental son los que contienen carbohidratos (azúcares), siendo mucho menos dañinos los alimentos que contienen azúcares naturales tales como frutas y verduras y de gran poder

destructor son los refrescos, caramelos y panecillos que contienen azúcares refinados, por lo que debe evitarse su ingestión en exceso y entre comidas.”²³

5.4.10.2 CARIES Y EMBARAZO

“Durante el embarazo la caries dentaria aumenta debido a que en muchas mujeres se producen náuseas y un fenómeno llamado "reflujo gástrico" que consiste en la invasión de los jugos del estómago hacia la parte superior del tracto digestivo, pudiendo llegar hasta la boca, esto sucede habitualmente en los primeros meses de gestación y aumenta la acidez de la boca. Las caries dentarias se producen con mayor frecuencia en bocas con alta acidez por que las bacterias que las forman, se desarrollan con mayor facilidad en un medio ácido. Ingerir alimentos entre comidas y sobre todo, comer dulces ricos en azúcares, también aumenta el riesgo de caries en cualquier persona y también en una embarazada.”²⁴

“La caries se inicia con una erosión de la capa externa del diente, el esmalte, producida tras la formación de una placa dentaria que en su inicio puede ser una acumulación de azúcar u otros hidratos de carbono. Los alimentos que contienen azúcares o hidratos de carbono simples (azúcar común o sacarosa y productos que la contienen: miel, mermelada, bebidas tipo cola, golosinas y dulces, etc.) o hidratos de carbono complejos (cereales como el pan, galletas, arroz, pastas alimenticias, patatas, legumbres, etc.) son fácilmente degradados en la boca por acción de una sustancia que contiene la saliva (alfa amilasa) y por bacterias, en

²³ www.uaa.mx/sitios/umd/isalud.htm

²⁴ <http://www.gerenciasalud.com/EMBARAZO03.htm>

compuestos más sencillos que aumentan la acidez de la cavidad bucal, lo que destruye la integridad del esmalte y puede afectar al resto de componentes del diente. 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 permanecen mayor tiempo en contacto con el esmalte en lugar de ser eliminados por la saliva. El dolor de los dientes es consecuencia de la caries en una etapa avanzada.”²⁵

5.4.11 EROSIÓN DENTAL

“La erosión dental es la pérdida progresiva e irreversible de tejido dental duro, que se ve desgastado por procesos químicos en la superficie de los dientes por ácidos extrínsecos y/o extrínsecos sin intervención bacteriana. Entre los ácidos alimenticios extrínsecos figuran los ácidos cítricos, fosfóricos, ascórbico, málico, tartárico y carbónico, presentes por ejemplo en las frutas y los jugos frutales, los refrescos y el vinagre. En los casos mas graves la erosión desemboca en la destrucción total del diente.

Los estudios de observación en seres humanos han demostrado una relación entre la erosión dental y el consumo de varios alimentos y bebidas ácidos, incluso el consumo frecuente de jugo de frutas, refrescos (incluso la bebida para deportistas), encurtidos (que contiene vinagre) cítricos y bayas. Se ha demostrado que los aumentos de la erosión dental relacionados con la edad son mayores en las personas que consumen más refrescos. Estudios clínicos experimentales han

²⁵ http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/embarazo_y_lactancia

demostrado que las bebidas ácidas o los colutorios ácidos reducen considerablemente el pH de los líquidos de la boca.

El esmalte se reblandece al cabo de una hora de contacto con una bebida a base de cola, pero ese efecto se ve contrarrestado por la exposición a leche o queso. Estudios realizados con animales han demostrado que las frutas y los refrescos producen erosión, aunque los jugos de frutas son considerablemente más destructivos que la fruta entera.

En las mujeres embarazadas con casos graves de náuseas matutinas, los vómitos frecuentes pueden causar la erosión del esmalte de la parte de atrás de los dientes frontales.”²⁶

5.4.12 SARRO DENTAL

5.4.12.1 “El sarro supragingival.- Es una masa de moderada dureza de color blanco cremoso a amarillo oscuro o pardo. El grado de formación de sarro no depende sólo de la cantidad de placa bacteriana presente, sino también de la secreción de las glándulas salivales. De ahí que el sarro supragingival se encuentre preferentemente en las adyacencias de los conductos excretores de las glándulas salivales principales, como en la cara lingual de los dientes anteriores inferiores y vestibular de los primeros molares superiores, donde las glándulas parótidas abren sus conductos hacia el vestíbulo de la boca. Las aberturas de los conductos de las glándulas submandibulares están situadas en la región anterior. Se debe observar que el sarro alberga continuamente placa bacteriana viable.

²⁶ CASTROVERDE José de Lletor. Compendio de Higiene Pública y Privada. Publicaciones A. Olivia , septiembre 2008

5.4.12 .2 El sarro subgingival

Se puede hallar por exploración táctil solamente, pues su formación se produce hacia la zona apical del margen gingival y, por lo tanto, no suele ser visible. A veces, el sarro subgingival puede ser visible en las radiografías dentarias siempre que los depósitos representen una masa adecuada.

Los depósitos pequeños o los remanentes después de la instrumentación radicular apenas podrían ser visualizados radiográficamente. Si se abre el margen gingival con un chorro de aire o si se separa con un instrumento odontológico, podría llegar a verse una masa dura calcificada negra de superficie áspera irregular. Se encuentra sarro subgingival en la mayoría de las bolsas periodontales.

En resumen, el sarro dental representa la placa bacteriana mineralizada. Esta siempre recubierto por placa microbiana viable no mineralizada y, por ello, no se pone en contacto directo con los tejidos gingivales.

En consecuencia, el sarro es un factor etiológico secundario de la periodontitis. Su presencia, sin embargo, hace imposible la eliminación adecuada de la placa e impide a los pacientes que realicen un control adecuado de la placa. Es el factor mas destacado como retentivo de placa y tiene que ser extraído como base para una terapéutica periodontal y profiláctica adecuada”.²⁷

²⁷ **JAN Lindhe, Thorkild Karring.** Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Edición Nº 3. Edit. Medica Panamericana España 2001. Pág. 128,129,134

5.4.13 PLACA BACTERIANA

5.4.13.1 Definición

“La PB se puede definir como una zooglea formada por una serie de microorganismos aglutinados en un hábitat común y contenidos por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente. El Comité de Terminología de la Academia Americana de Periodoncia la define: "PLACA: Sustancia pegajosa compuesta por secreciones mucosas que contienen bacterias y sus productos, células muertas y restos. Cuando esta sustancia tóxica se acumula sobre los dientes, se sabe que se constituye en un factor iniciador de inflamación gingival. Los términos flora microbiana o población microbiana son preferibles al término de placa, materia alba o restos haciendo referencia a la microbiota de la región del surco gingival.

5.4.13.2 Placa supragingival

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

La sustancia reveladora se usa también en forma de pastillas; la zona de tinción corresponde a la placa bacteriana adherida a la superficie dentaria.

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

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

5.4.13.3 Placa subgingival

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

La microbiota de la placa subgingival es deferente a la de la supragingival. Tanto en el surco gingival como en el saco periodontal albergan gran cantidad de microorganismos. A demás, los microorganismos que colonizan subgingivalmente se adhieren a otras bacterias, a las superficies dentarias o al epitelio del saco.

5.4.14 CÁLCULOS DENTARIOS

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

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

5.4.15 HALITOSIS

Como consecuencia de la acumulación de PB y la consiguiente alteración de las estructuras periodontales se presenta halitosis u olor fétido del aliento del paciente que es la sumatoria de la acumulación de materia alba, PB, restos alimenticios, estancamiento salivar, hemorragia gingival, éxodo de PMNs, etc. La halitosis en general proviene de la descomposición de varios productos orgánicos de la saliva.

A las tres horas de producirse el estancamiento salivar se puede apreciar halitosis. Naturalmente los individuos que presentan enfermedad periodontal tienen halitosis más fuerte que los pacientes en condiciones normales. La halitosis se presenta cuando hay estancamiento prolongado de saliva, por ejemplo, durante el sueño, ya que en estas condiciones el fluido salivarse reduce a cero y hay tiempo

suficiente para que se produzca putrefacción. La saliva de pacientes afectados por enfermedad periodontal tiene gran cantidad de células epiteliales descamadas cubiertas por bacterias, células blancas, principalmente PMNs y eritrocitos provenientes de la hemorragia gingival. Algunas de estas células se encuentran acumuladas en la región de las papilas del dorso de la lengua. En estas condiciones, en la cavidad oral hay producción de metilmercaptano y sulfuro de hidrógeno, que son elementos importantes en la halitosis. El olor de las bacterias anaeróbicas acumuladas sub-gingivalmente puede compararse al de las aguas estancadas.

La halitosis naturalmente se controla con cepillado dental adecuado, incluyendo a veces el cepillado de la lengua, utilizando enjuagatorios y controlando ciertos hábitos, por ejemplo, tabaquismo, alcohol e ingestión de alimentos condimentados.²⁸

5.4.16 GINGIVITIS

5.4.16.1 Gingivitis simple

“Es la forma más común de enfermedad periodontal, se presenta en individuos que practican una higiene oral deficiente, lo cual predispone tanto a un incremento en la carga bacteriana como cambios en la composición de la misma.

5.4.16.2 Características clínicas de la gingivitis simple:

Las respuestas inflamatorias de esta enfermedad localizada en la encía se caracteriza por:

²⁸ BARRIOS M. Gustavo. Odontología. Tomo 1. Editar Ltda. Colombia 2004. Pág. 261,263,267,284,285

- El enrojecimiento se puede observar en la encía marginal, papilar y adherida.
- Engrosamiento del margen gingival y las papilas interdetales.
- Variaciones en la posición del margen gingival con respecto a la línea amelocementaria.
- Aspecto liso y brillante.
- Hemorragia espontánea o después del sondeo periodontal
- Exudado purulento a través del surco ocasionalmente
- Ausencia de sintomatología (por esta razón, en la mayoría de las situaciones el paciente no se percata de la enfermedad).

5.4.16.3 Gingivitis simple modificada por acciones hormonales.- La naturaleza y gravedad de la respuesta inmune de los tejidos periodontales ante las bacterias y sus productos, pueden variar como consecuencia de los cambios hormonales que se presentan durante la pubertad, el ciclo menstrual, el embarazo, la menopausia, o con el uso de anticonceptivos orales.

Los niveles elevados de hormonas durante el embarazo pueden inducir hiperplasia gingival, crecimiento gingival pediculado y granulomas piogénicos. A pesar de que, durante el embarazo la atención se dirige a otros puntos, el médico debe prestar atención a este problema y tratarlo si se presenta.²⁹

5.4.16.4 Gingivitis Simple Asociada al Embarazo.-

Durante el embarazo existe un incremento de los niveles de progesterona y estrógenos, este se refleja más aun en el microambiente subgingival, donde se

²⁹ **ROGER P. Smith, Frank Netter.** Netter Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer. Editorial Elsevier España, 2004

presenta una acumulación de progesterona activa, como consecuencia de la reducción de su metabolismo esta acumulación favorece el crecimiento de *Prevotella Intermedia* en el surco gingival. Este microorganismo es capaz de emplearla como un sustituto de la vitamina K, que es un factor de crecimiento indispensable para ella.

Los hallazgos clínicos corresponden a un cuadro de gingivitis, caracterizado por el sangrado al sondeo periodontal enrojecimiento, achatamiento de la papilas interdentes y engrosamiento del margen gingival (Fig.5). Es de anotar que los cambios por si solos no inician la gingivitis, regularmente el estado inflamatorio está previamente instaurado, se agrava como consecuencia de las condiciones locales que permiten el desarrollo de especies oportunistas.

En aquellos sitios donde hay mayor interferencia para realizar la higiene oral, pueden presentarse lesiones de aspecto hiperplásico o de pseudotumoral, que en algunos casos puede alcanzar gran tamaño. En el pasado a estas lesiones solían denominarlas tumor del embarazo o *épulis* gravídico, se ha preferido el término granuloma del embarazo por sus características y comportamiento clínico.”³⁰

5.4.16.5 Agravada por factores sistémicos.- “hormonas sexuales (embarazos, anticonceptivos); sobretodo la progesterona que afecta la microvasculación del tejido conectivo.

5.4.16.6 Fármacos.- (Hidantoínas, ciclosporinas y nifedipino) provocan una hipertrofia gingival dosis dependiente, siendo necesaria la existencia previa de placa bacteriana.

³⁰ FERRO Camargo María B. Gómez Guzmán Mauricio. Fundamentos de Odontología. Edición nº 2. Edit. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Odontología. Pág. 170, 171

Si se elimina el fármaco, mejora y en ocasiones desaparece la hipertrofia dependiendo del grado de evolución. Si está es extrema, además de la retirada del fármaco causal, hay que realizar gingivectomía zonales.

5.4.16.7 La *gingivitis ulcerativa necrotizante aguda*, es una infección bacteriana mixta (treponemas, Bacteroides, y fusobacterias) caracterizadas por una amputación de las papilas interdentes (perdida de la característica forma triangular), muy sangrante, y en la mayoría de los casos, con halitosis.

Parece relacionarse con el estrés, aunque también puede relacionarse con un cuadro prodrómico en la infección por VIH.

5.4.16.8 *Gingivitis no relacionada con la placa bacteriana*.- Se caracteriza por no resolverse con el control mecánico o químico de la placa bacteriana.

Entre éstas podríamos mencionar la gingivitis asociada con enfermedades cutáneas como el pénfigo, las gingivitis alérgicas, las víricas, etc.³¹

5.4.16.9 *Etiopatogenia*.-

Causas.- hipertrofia inducida hormonalmente (puede producirse también por anticonceptivos orales combinados) eliminación inadecuada de placa. Infección por bacilos fusiformes o espiroquetas. Reacciones alérgica.

5.4.16.10 Factores de riesgos.- Aumento de Hormonas (embarazos, anticonceptivos orales), higiene dental deficiente, respiración por la boca, diabetes mellitus, infección por VIH, y mal oclusión.

³¹ **ATENCIÓN Primaria**.- Conceptos, Atención y Práctica. Edición N° 5. Editorial Elzevir España, 2002. Pág. 1532,1533

5.4.16.11 Signos y síntomas.- Halitosis, inflamación y enrojecimiento de la encía especialmente en la base de los dientes cambios en los contornos de la encía, hemorragia durante el cepillado o al utilizar la ceda dental. Edema de las papilas interdentes.³²

5.4.17 PERIODONTITIS

“La periodontitis ha sido definida como la inflamación que compromete todo el aparato de soporte de los dientes. Es la extensión de la inflamación desde la unidad dentogingival hasta la unidad dentoalveolar (ligamento periodontal, hueso alveolar, cemento radicular).

Existen diferentes formas de periodontitis: sin embargo, todas ellas comparten similares eventos etiopatogénicos, sus diferencias estriban más que todo en la velocidad y agresividad con que progresa la destrucción periodontal; lo mismo que en la respuesta al tratamiento. Por esta razón, la pérdida de inserción conectiva, la formación de bolsa periodontales y la pérdida de ósea son un común denominador de todas ellas. (Fig.6).

La complejidad y carácter multifactorial de las enfermedad periodontales no ha permitido dilucidar claramente la progresión de gingivitis a periodontitis.

5.4.17.1 PERIODONTITIS CRÓNICA

Corresponde a la más frecuente de las periodontitis, por su comportamiento insidioso y asintomático su diagnóstico casi siempre se hace en edad avanzada e

³² **ROGER P. Smith, Frank Netter.** Netter Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer. Editorial Elsevier España, 2004

incluso en estadios terminales de la enfermedad, lo cual no quiere decir que su aparición sea en edad avanzada.

5.4.17.2 Definición

Inflamación de carácter infeccioso que compromete los tejidos de soporte del diente, ocasionando pérdida de inserción y del hueso alveolar. Se caracteriza además por que su prevalencia y severidad incrementa con la edad. Aunque es iniciada y perpetuada por las bacterias que conforman la biopelícula, los mecanismos de defensa juegan un papel importante en su patogénesis. Igual que para todas las formas de periodontitis, la velocidad de progresión sólo puede determinarse mediante los exámenes cronológicamente repetitivos o la indagación de estados periodontales previos.

5.4.17.3 Características clínicas.

- Mas frecuente en adultos
- Suele haber alto porcentaje de factores locales, de manera que la cantidad de destrucción periodontal esta directamente relacionada con la cantidad de dichos factor.
- Es frecuente la presencia de gran cantidad de cálculos subgingivales
- La velocidad de progresión suele ser relativamente baja, a pesar de ello, pueden presentarse periodos de rápido progreso, posiblemente como consecuencia de factores sistémicos, temporales y otros factores de riesgos agregados(stress, fumar, oclusión)
- Puede estar asociada con otros factores sociales que interfieran con la higiene oral (mal posiciones dentales, iatrogenia, otros)

- Hay formación de bolsas periodontales y, en algunas situaciones, estas pueden predisponer a la formación de abscesos.
- Pueden haber recesión del tejido marginal, y afectar un número variable de dientes. Si el número de dientes comprometidos es igual o inferior al 30% de la dentición se considera como una forma localizada, en tanto que si compromete a más del 30% de la dentición, será tenida en cuenta como generalizada
- Puede tener diferentes grados de severidad. Tomando como parámetros la cantidad de pérdida de inserción clínica la severidad será:
 - **Leve.-** Si la pérdida de inserción clínica es de hasta 2mm
 - **Moderada.-** Si la pérdida corresponde de hasta 4mm
 - **Severa.-** Si la pérdida es mayor o igual a 5mm
- Igual que las otras formas de periodontitis, comparte con ellas el sangrado y exudado a través de las bolsas periodontales.
- Puede haber compromiso furcal, dependiendo del grado de destrucción ósea y o el tamaño del tronco radicular del molar comprometido.
- La movilidad dentaria también será dependiente del grado de destrucción ósea.

Suele responder favorablemente al tratamiento instaurado. Sin embargo, pueden haber situaciones de recurrencia o situaciones retractarias estos últimos caso no deben considerarse como entidades separadas, cuando esto ocurre, se requiere de una valoración minuciosa para determinar las causas de la resistencia al tratamiento.

5.4.17.4 PERIODONTITIS AGRESIVA

La AAP ha recomendado reemplazar la denominación de periodontitis de aparición temprana (prepuberal, juvenil y rápida progresiva) por periodontitis agresiva al considerar que las características de esta periodontitis pueden darse a cualquier edad y no en individuos menores de 35 años, y se considera que el diagnóstico de las patologías no deben limitarse a la edad si no que debe basarse en la clínica y las ayudas diagnósticas como las radiografías y las pruebas de laboratorio. Datos epidemiológicos insinúan que es más frecuente en mujeres. La pérdida de soporte periodontal progresa muy rápidamente de 4 a 5 micras por días lo cual sería aproximadamente más rápido que en la periodontitis crónica. El avance de la pérdida ósea es tan rápido que en la mayoría de los casos puede haber destrucción del 50% al 70% del aparato de inserción a los 4 a 5 años de haberse iniciado la enfermedad. El microorganismo más comúnmente asociado a esta patología corresponde a un 90 % al *Actinobacillus Actinomycetemcomitans*, *Porphyromona gingivalis*, especialmente en formas generalizadas.

Existen dos formas de periodontitis agresiva, la localizada y la generalizada; sin embargo, estas comparten la siguiente característica:

- ✓ Paciente sistémicamente sano
- ✓ Rápida pérdida de inserción y destrucción ósea

Agregación familiar. Hay estudios que señalan posibles implicaciones genéticas, lo cual necesariamente compromete al clínico alertar al paciente sobre la posibilidad de encontrar otros miembros de la familia afectados por la misma enfermedad, o en riesgo de expresarla a cierta edad.

5.4.17.4.1 Periodontitis Agresiva localizada.-

- Suele aparecer alrededor de la pubertad, la apariencia clínica simula un estado compatible con salud ya que el enrojecimiento de los otros parámetros indicadores de inflamación no son tan aparentes. Sin embargo la presencia de sangrado gingival al sondeo periodontal corrobora la instauración del proceso inflamatorio
- Los dientes más afectados son con mayor frecuencia los incisivos y primeros molares en los cuales la presencia de bolsa periodontales y la perdida de inserción comprometen el área interproximal. Los demás diente no suelen ser afectados.
- La perdida ósea, aunque no siempre sigue un patrón simétrico en muchas ocasiones es de tipo angular y bilateral dando una imagen en espejo.
- El porcentaje de caries suele ser variable, pero casi siempre es bajo.

5.4.17.4.2 Periodontitis Agresiva Generalizada.-

- Usualmente compromete a individuos menores de treinta años de edad pero no es exclusiva de este grupo etario.
- En muchos casos, al igual que con la forma localizada la apariencia clínica simula un estado compatible con salud periodontal. Pero tan pronto se procede al examen minucioso, se evidencia la presencia de sangrado gingival al sondeo periodontal, corroborando así la instauración del proceso inflamatorio.
- Los anticuerpos séricos responden probamente sobre agentes infectantes.

- La presencia de bolsas periodontales y la pérdida de inserción pueden comprometer otros dientes diferentes a los incisivos y primeros molares.
- El patrón de pérdida ósea suele ser variado
- El porcentaje de caries suele ser variable
- Algunos pacientes manifiestan historia de otitis media, infecciones del tracto respiratorio alto, infecciones en piel, forunculosis, malestar general, pérdida de peso y depresión mental.”³³

5.5 EMBARAZO

“El desequilibrio de las hormonas sexuales y su incremento durante el embarazo afecta a muchos órganos.

En la encía se han recocado receptores de estrógeno y progesterona, esto explica, entre otros factores, la respuesta gingival incrementada a la placa, también hay un incremento en la permeabilidad capilar gingival y así un aumento del flujo de líquido crevicular, mas aun la composición bacteriana se modifica por los niveles incrementados de progesterona, que favorecen el desarrollo de *Prevotella intermedia*.

Así la gingivitis incrementada durante el embarazo con la tumefacción interdientaria característica y hasta épulis los llamados tumor del embarazo- estos síntomas aparecen especialmente en las porciones anteriores. Además de los síntomas gingivales, hacia el octavo mes aparece una hipermovilidad dentaria, tras

³³ FERRO Camargo María B. Gómez Guzmán Mauricio. Fundamentos de Odontología. Edición nº 2. Edit. Pontifica Universidad Javeriana Facultad de Odontología. Pág.176- 179.

el cual se reduce igual que los síntomas gingivales. La hiperlaxitud del ligamento periodontal va paralela con la de todos los ligamentos durante el embarazo.

El tratamiento local consiste en un programa preventivo de higiene bucal desde los comienzos del embarazo en adelante. Es preferible no utilizar la clorhexidina ni otras sustancias químicas para el control de la placa; aun cuando el riesgo de causar una displasia es remoto, faltan las correspondientes comprobaciones teratológicas. Con los tumores del embarazo lo único que hay que hacer es extirparlos cuando molestan o sangran. En múltiples casos hay una regresión espontánea desde el noveno mes. Se debe evitar en las embarazadas cualquier intervención quirúrgica que no sea urgente.”³⁴

5.5.1 INFECCIONES DENTALES Y PARTO PREMATURO

“Las infecciones en localizaciones distantes del útero podrían, potencialmente, ocasionar parto prematuro por la diseminación hematógena de bacterias o el efecto de las citocinas circulantes. La enfermedad periodontal es un proceso inflamatorio crónico que implica sepsis de bacterias gram negativas y anaerobias. Recientemente, se ha demostrado que la periodontitis grave y generalizada se asocia con un riesgo incrementado de parto prematuro. Un tratamiento a tiempo también sugirió una tendencia a la reducción de partos prematuros.

En el periodo anteparto, el tratamiento de la bacteria, de la enfermedad periodontal y posiblemente, de la VB es útil en la reducción del riesgo de parto prematuro. La susceptibilidad genética al parto prematuro asociado a la infección es un área intrigante, de gran interés para la investigación. En el futuro los

³⁴ LINDHE Jan, Karring Thorkild. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Edición Nº 3. Edit. Medica Panamericana España 2001. Pág. 353

clínicos deberán ser capaces de diseñar el tratamiento antibiótico de manera individualizada para prevenir el parto prematuro de forma más efectiva.”³⁵

5.5.2 ALTERACIONES HORMONALES EN LA MUJER

“Durante el embarazo se produce un aumento de las hormonas llamadas prolactina y estrógenos las cuales condicionan cambios en las estructuras de todo el organismo y, entre ellas, especialmente en los tejidos de la boca. Estos tejidos aumentan la irrigación sanguínea y sufren una mayor capacidad inflamatoria ante los irritantes locales externos, aumenta así la posibilidad de sufrir ciertas alteraciones como la gingivitis.

La placa bacteriana actuaría con más agresividad en unas encías cuyo estado está influido por las hormonas, la alimentación deficiente, el cambio de hábitos alimentarios o de pautas de higiene dental.

Durante el embarazo esta alteración es tan frecuente y específica, que recibe el nombre de gingivitis del embarazo. Esta es más evidente a partir del tercer mes de embarazo.

Si la mujer padecía previamente gingivitis o enfermedad periodontal, ésta empeora durante el embarazo.”³⁶

“Las fluctuaciones hormonales en la mujeres pueden alterara la salud periodontal, estos cambios pueden ocurrir durante la pubertad, el embarazo, el ciclo menstrual, la menopausia o asociados a los anticonceptivos orales. Los cambios mas notorios ocurren durante el embarazo en este periodo se deben tomar ciertas conductas.

³⁵ JOHN C. Morrison. Parto Prematuro: Predicción y Tratamiento. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas del norte de América 2005 - Editorial Elsevier – España

³⁶ [http://www.javascrip:irapunto\(o\)](http://www.javascrip:irapunto(o))

- ✓ No efectuar tratamientos en el primer trimestre, concepto que debe revisarse según López a la luz de enfermedad periodontal como factores asociados a parto pre término y bajo peso al nacer.
- ✓ Las emergencias periodontales deben tratarse en cualquier momento.
- ✓ Las fases de mantenimiento deben continuarse
- ✓ Posponer los tratamientos quirúrgicos hasta después del parto
- ✓ Administrar antibióticos y otras drogas con cautela y previa consulta.
- ✓ Usar anestesia local preferiblemente.”³⁷

5.5.3 CAMBIOS METABOLICOS Y FISIOLÓGICOS

2Durante el embarazo ocurren varios cambios metabólicos y fisiológicos. Estos cambios afectan a la valoración del estado nutricional, los requerimientos nutricionales y los métodos de alimentación. Los cambios hormonales normales asociados con el embarazo conducen a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas.

La función gastrointestinal también cambia durante el embarazo. Las náuseas y los vómitos habitualmente aparecen en el primer trimestre, los cuales pueden prolongarse en algunos casos. Cuando regresa el apetito, aumentan los gustos o aversiones por ciertas comidas.”³⁸

³⁷ FERRO Camargo María B. Gómez Guzmán Mauricio. Fundamentos de Odontología. Edición nº 2. Edit. Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Odontología. Pág. 214

³⁸ MATARESE Laura E, Gottschlich Michele M. Nutrición Clínica Práctica. Edición 2, ilustrated. Edit. Elsevier España, 2004. Pág. 371

5.5.4 ATENCION ODONTOLÓGICA EN LA MUJER EMBARAZADA

“El embarazo representa un problema específico para el tratamiento odontológico.

Debemos proporcionar a la madre la atención que precisa sin dañar el feto. En principio, intentaremos evitar los tratamientos durante el primer trimestre, que es el momento crítico para la organogénesis, realizado en este periodo solo actuaciones de urgencias (profilaxis y operatorias).

También se evitara atención odontológica a las mujeres gestantes en el tercer trimestre por la incomodidad que supone para la paciente el sillón dental. El segundo trimestre es ideal para la terapia odontológica. De todos modos, para evitar la compresión de la vena cava que se puede producir por la posición de decúbito, durante el segundo y tercer trimestre del embarazo se recomienda colocar a la paciente en decúbito lateral o simplemente elevar la cadera derecha unos 10-12cm durante el tratamiento.

El tratamiento de la mujer embarazada, hay dos factores que debemos tener especialmente en cuenta: la administración de fármacos y la realización de radiografías dentales.”³⁹

5.5.5 CUIDADOS POR PARTE DEL PROFESIONAL

5.5.5.1 MOTIVACION DEL PACIENTE

“Lograr este propósito en la fase básica es difícil y requiere colaboración entre el profesional odontólogo y el paciente. Por una parte, el paciente debe tener interés

³⁹ RODRÍGUEZ Gonzales Franklin. Enfoque Odontológico 2006. Revista del Colegio de Odontólogos de El Oro. Pág. 21

en controlar su enfermedad y, por otra, el profesional odontólogo debe saber hacer la presentación adecuada de las medidas de control de PB al paciente.

El cepillo de dientes es uno de los elementos más importantes en el control de PB, pero el clínico debe entender que con el cepillado no se remueve la placa interproximal y por tanto, el paciente debe utilizar elementos que complementen

5.5.5.2 APLICACIÓN DE FLUORUROS.

Su utilización a nivel tópico o sistémico es un camino muy efectivo para prevenir la caries, tanto en los dientes temporales como en los permanentes.

El flúor ingerido a partir de alimentos, bebidas o suplementos es útil en la formación de los dientes, ya que con calcio y fosforo se forma hidroxiapatita. Pero si además hay flúor se produce fluoroapatita, mucho más resistente.

La ingesta de flúor tiene importancia máxima desde el nacimiento hasta los 16 años, periodo en el que los dientes se están desarrollando.

El flúor, actuando tópicamente sobre la superficie del diente, resulta útil en la prevención de caries a lo largo de toda la vida del individuo, pues reduce la solubilidad de la hidroxiapatita, ayuda a remineralizar la lesión cariogénica y tiene actividad antimicrobiana, inhibiendo la formación de la placa bacteriana.

La aplicación tópica de flúor, de carácter profesional, supone una reducción de un 10% en la incidencia de caries, si se aplica una vez al año, y de un 20% si se aplica dos veces al año.

El flúor administrado por vía oral en forma de agua fluorada, actúa tanto sistémicamente como tópicamente, tras su ingestión. De manera similar el flúor tópico administrado vía dentífrico, enjuague bucal o gel puede ser inadvertidamente tragado y pasaría a nivel sistémico, además de actuar a nivel tópico.⁴⁰

5.5.6 MEDIDAS DE FLUORIZACIÓN.

5.5.6.1 DENTRIFICOS.

“El uso de dentífricos fluorados es una medida eficaz de prevención de caries. El efecto de prevención de caries en la dentición permanente aumenta al incrementar la concentración de fluoruro en el dentífrico, la frecuencia del uso y la cario-actividad.

5.5.6.2 SAL DE MESA FLUORADA.

La eficacia de la fluorización con sal aumenta con su mayor difusión en diferentes campos de aplicación, la aplicación de sal de mesa fluorada esta, por lo general recomendada.

5.5.6.3 COMPRIMIDOS DE FLUOR.

Los comprimidos de flúor tienen una acción de prevención de caries demostrable cuando se chupan de forma controlada y regulada.

El efecto de prevención de caries de los comprimidos de fluoruro esta basado principalmente en la acción local del fluoruro.

⁴⁰ **REQUEJO M. Ana, Ortega A. Rosa.** Nutriguía: Manual de nutrición clínica en atención primaria. Edición, Illustrated. Publicado por Edit. Complutense, 2000. Pág. 180, 181

5.5.6.4 GELES FLUORADOS.

El efecto de prevención de caries de los geles fluorados no depende del método de aplicación, la forma de aplicación, depende del cumplimiento del paciente, por lo que esta debería fijarse de forma personalizada.

5.5.6.5 APLICACIÓN DE LACA FLUORADA.

La aplicación de dos o más veces al año de lacas fluorada produce una reducción de caries medible en ambas denticiones.”⁴¹

5.5.7 RADIOGRAFIAS DENTALES Y EMBARAZO

5.5.7.1 CONSIDERACIONES ESPECIALES

“En ocasiones se desea obtener una radiografía de una mujer embarazada el uso de rayos X se limita a gran parte a la región de la cabeza y cuello en la exploración odontológica con rayos X por lo tanto, la exposición fatal es de solo alrededor de 1mGy para una exploración completa de la boca, esta exposición es bastante pequeña comparada con la que se recibe normalmente de las fuentes naturales, por tanto, aplique las pautas en las pacientes embarazadas al igual que lo haría con cualquier otra paciente, empleando el mandil de plomo adecuado para tapar el área abdominal”.⁴²

⁴¹ **HERAZO Acuña Benjamín.** Clínica del Sano en Odontología. Publicado por ECOE ediciones, 2004. Pág. 204

⁴² **STUART C. Whinte.** Radiografía Oral, Principios e Interpretación. Edición N° 4. Editorial Elsevier España, 2002. Pág.

CAPITULO VI

METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación exploratoria

La presente investigación se realizó en el Dpto. Odontológico del Hospital Regional Verdi Cevallos Balda, debido al elevado número de embarazadas que asisten a la consulta y presentaban afecciones en su cavidad bucal.

Investigación descriptiva

El problema se lo describió mediante la técnica del árbol del problema.

Investigación analítica

En esta investigación se analizaron los factores mas predominantes que conllevan a las afecciones bucodentales en las embarazadas que asisten a la consulta odontológica.

Investigación sintética

Al término de esta investigación se lograron obtener datos que indicaron las causas de las afecciones que se presentan durante todo el periodo de embarazo en las pacientes atendidas en la consulta odontológica del Hospital Regional de Portoviejo.

Investigación propositiva

En base a los resultados obtenidos se fórmula una propuesta que dará solución al problema.

Investigación bibliográfica.

Es una investigación bibliográfica porque está apoyada por datos obtenidos en la Web, libros, artículos de revista.

Investigación de campo.

Para esta investigación se aplicaron las siguientes técnicas como: Encuestas, fichas clínicas, fichas de observación, que se les realizó a las embarazadas que asistieron al departamento odontológico de Hospital Regional Verdi Cevallos Balda.

TÉCNICAS

- Encuestas aplicadas a las embarazadas atendidas en el Dpto. Odontológico del Hospital Regional de Portoviejo.
- Elaboración de fichas clínicas
- fichas de observación

POBLACIÓN

El universo tomado en consideración para la presente investigación es de 658 embarazadas que asistieron al Dpto. odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la Ciudad de Portoviejo, durante el año 2008.

MUESTRA

La muestra es de 81 embarazadas

RECURSOS

En esta investigación se utilizó los siguientes recursos:

TALENTO HUMANO

- Director de tesis
- Equipo de investigadores
- Embarazadas atendidas en el Dpto. Odontológico del Hospital Regional de Portoviejo.

MATERIALES

- Papel bond
- Fotocopias
- Internet
- Memory
- Materiales de oficina
- Textos
- C.D.
- Digitación

6.1.4 PRESUPUESTO

La tesis tiene un costo de \$ 293.82 y esta financiada por los autores de la misma.

6.2 DESARROLLO METODOLÓGICO

El proyecto de la tesis se inicio la primera semana de marzo hasta la tercera semana de abril, el desarrollo del marco teórico se lo inicio el 20 de abril hasta el 27 de Mayo, luego se precedió a la elaboración de los instrumentos de recolección de datos donde se elaboró las fichas clínicas, las encuestas y las fichas de observación realizándolas en la cuarta semana de mayo los días 29 hasta el 31 de dicho mes, obtenidos los instrumentos de recolección de datos se procedió a la investigación de campo, que se la ejecutó en el mes de junio, iniciándola el 6 de junio hasta el 24 del mismo mes; concluida la investigación de campo se procedió a la Tabulación y análisis de datos que se la realizó en la primera semana de julio.

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

La tercera semana de julio se realizó la presentación del borrador de tesis y revisión del tribunal presentándola el lunes 27 de dicho mes.

La Sustentación privada de la tesis se realizó el 29 de julio.

La primera y segunda semana de agosto se realizo la elaboración definitiva de la tesis con sugerencias de la sustentación privada, una vez corregida la tesis se procedió a la Presentación de ejemplares: copias previa sustentación pública que se realizará el 6 de agosto.

CAPITULO VII

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

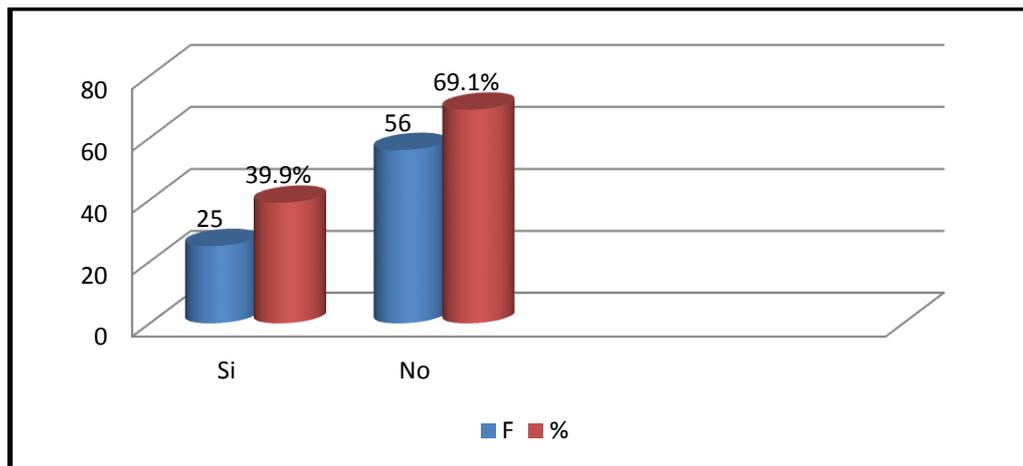
RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL “HOSPITAL REGIONAL VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

GRAFICUADRO N° 1

HIGIENE BUCAL

1.- ¿Ha observado alguna anomalía en su cavidad bucal?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	25	30.9
No	56	69.1
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales

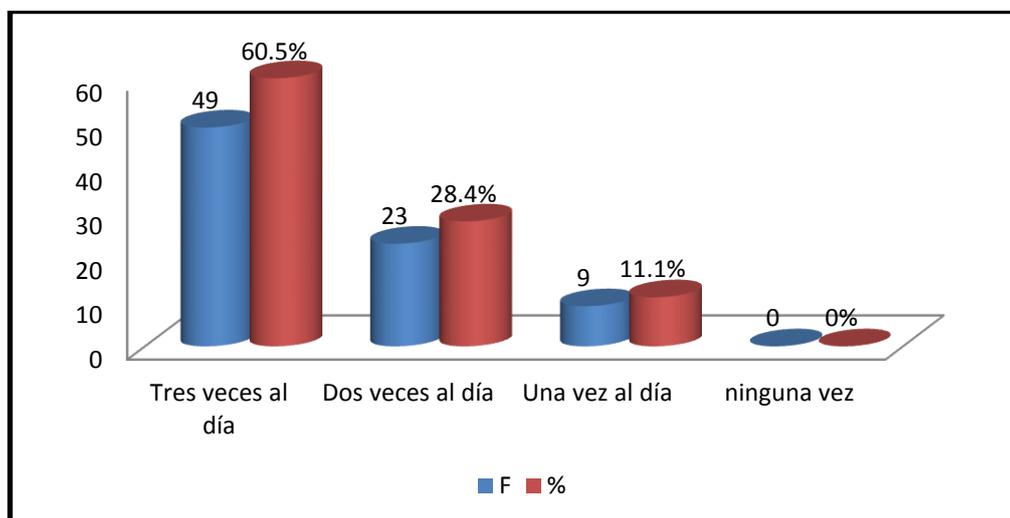
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 1 se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 25 embarazadas que equivale el 30.9% dijeron que **SI** han observado alguna anomalía en su cavidad bucal; 56 embarazadas que corresponden al 69.1% contestaron que **NO** han observado ninguna anomalía en su cavidad bucal.

Según Lucy en su artículo de la pagina web bebesmundo.com “Las lesiones que se presentan a nivel bucal, son muy variadas y ocurren como resultado de las alteraciones hormonales que acontecen en el transcurso del embarazo...” Con respecto a los resultados obtenidos en las encuestas 30.9% de las embarazadas manifiestan que tienen lesiones a nivel bucal.

GRAFICUADRO N° 2

2.- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?

ALTERNATIVAS	F	%
Tres veces al día	49	60.5
Dos veces al día	23	28.4
Una vez al día	9	11.1
Ninguna vez	0	0
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 2 manifiesta que de las 81 embarazadas encuestadas, 49 gestantes que equivale el 60.5% dijeron que **TRES VECES AL DÍA** se cepillan los dientes; 23 embarazadas que corresponden al 28.4% contestaron que **DOS VEZ AL DÍA** se cepillan los dientes; 9

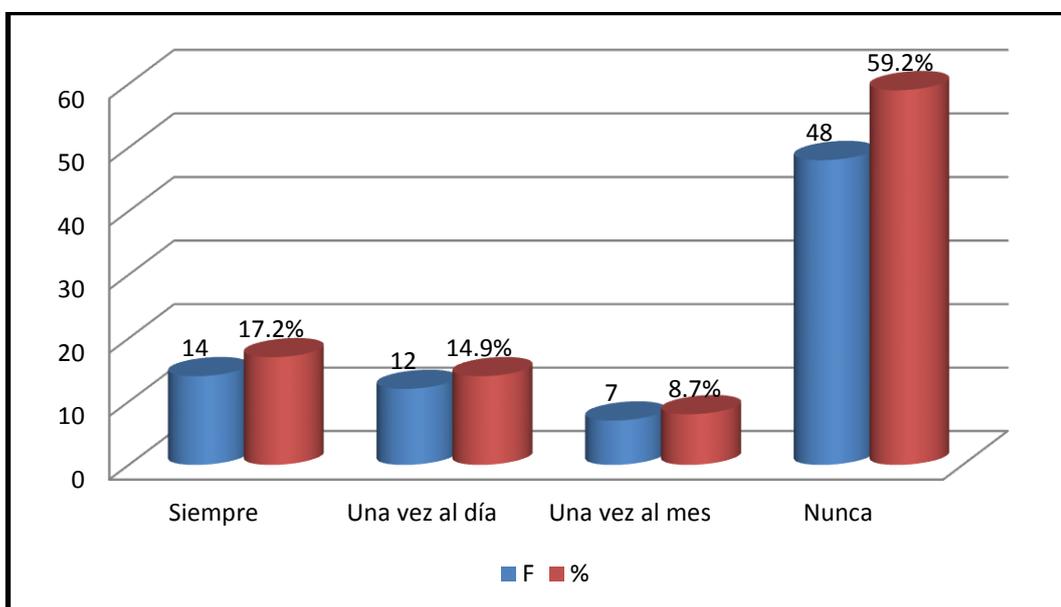
embarazadas que corresponden al 11.1% dijeron que **UNA VEZ AL DÍA** se cepillaban los dientes; y 0 mujeres embarazadas que es el 0% **NINGUNA VEZ AL DÍA** se cepillan los dientes.

Según la Dra. García Rubio en su artículo embarazo y parto, “la embarazada debe cepillar sus dientes después de cada comida y aumentar la duración del cepillado a 7-10 minutos y hacerlo con ritmo enérgico para asegurar una buena limpieza...” Dando como resultado que el 60.5 % se cepillan los dientes tres veces al día

GRAFICUADRO N° 3

3.- ¿Utiliza usted enjuagues bucales?

ALTERNATIVAS	F	%
Siempre	14	17.2
Una vez al día	12	14.9
Una vez al mes	7	8.7
Nunca	48	59.2
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 2 manifiesta que de las 81 embarazadas encuestadas, 14 embarazadas que equivale el 17.2% dijeron que **SIEMPRE** utilizan enjuagues bucales; 12 embarazadas que corresponden al 14.9% contestaron que **UNA VEZ AL DÍA** utilizan enjuague bucal; 7 embarazadas que

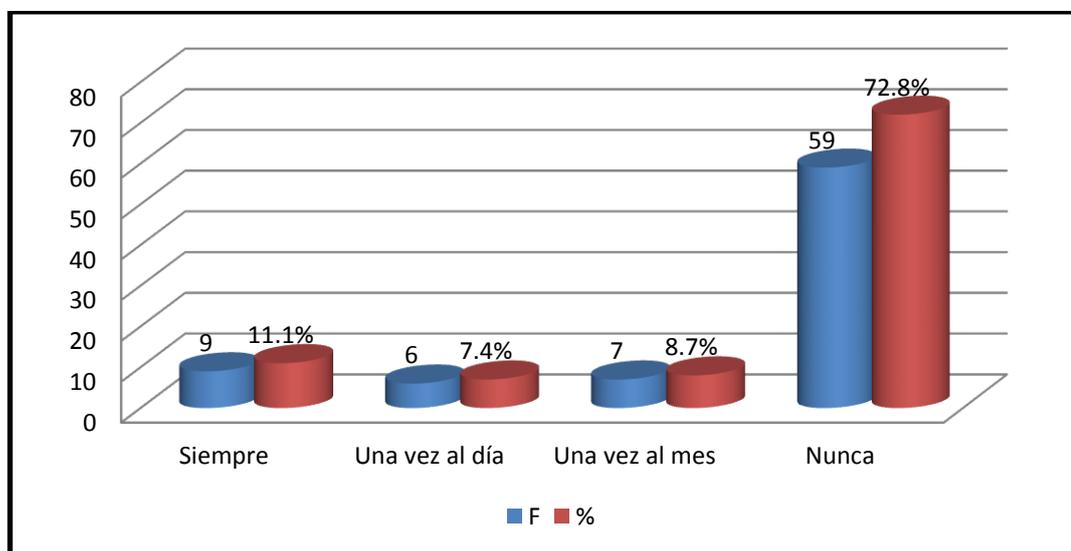
corresponden al 8.7% dijeron que **UNA VEZ AL MES** utilizaban el enjuague bucal; y 48 s embarazadas que equivale el 59.2% dijeron que **NUNCA** han usado el enjuague bucal.

Según la Dra. García Rubio “son pocas las s embarazadas que toleran los enjuagues ya que suelen fomentar las nauseas...” por lo que el 59.2% nunca utiliza enjuague bucal.

GRAFICUADRO N° 4

4.- ¿Con que frecuencia utiliza usted el hilo dental?

ALTERNATIVAS	F	%
Siempre	9	11.1
Una vez al día	6	7.4
Una vez al mes	7	8.7
Nunca	59	72.8
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 3 manifestaron las siguientes 81 embarazadas encuestadas, 9 embarazadas que equivale el 11.1% dijeron que **SIEMPRE** utilizan hilo dental; 6 embarazadas que corresponden al 7.4% contestaron que **UNA VEZ AL DÍA** utilizan hilo dental; 7 embarazadas que corresponden al 8.7% dijeron que **UNA VEZ AL MES** utilizaban el hilo dental; y

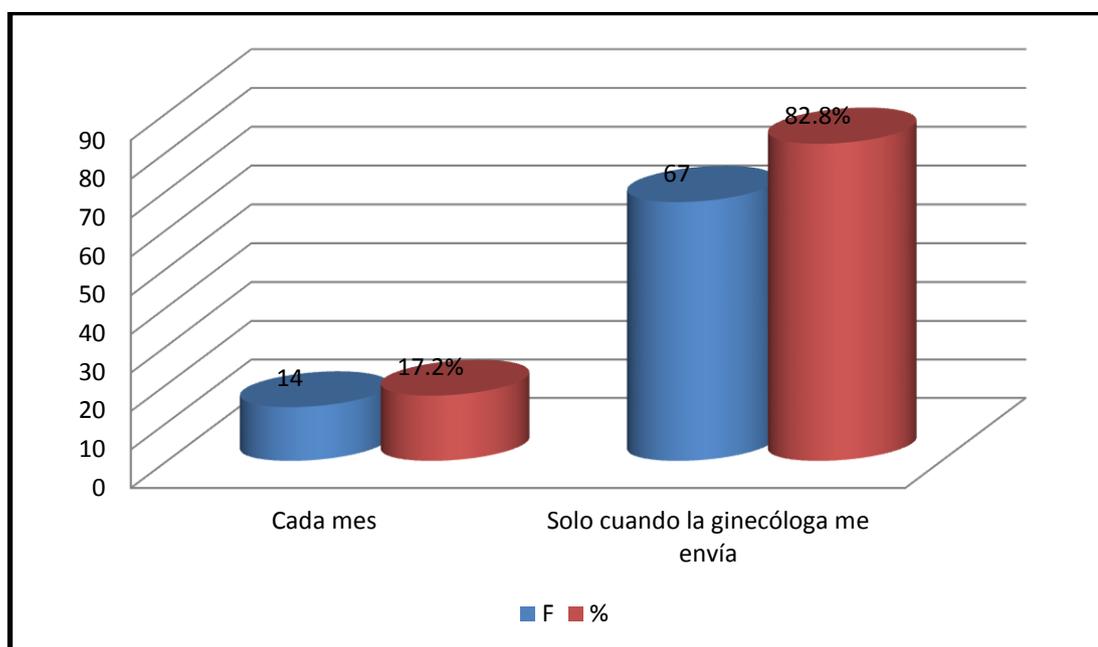
59 embarazadas que equivale el 72.8% dijeron que **NUNCA** han usado el hilo dental.

En el artículo embarazo y parto la Dra. García dice “...La seda dental, ayudará a limpiar completamente la boca y eliminar cualquier resto de comida que se haya quedado entre los dientes.” por lo tanto el 11.1% cumple con lo enunciado.

GRAFICUADRO N° 5

5.- ¿Con que frecuencia acude usted al odontólogo?

ALTERNATIVAS	F	%
Cada mes	14	17.2
Solo cuando la ginecóloga me envía	67	82.8
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 4 manifiesta que las 81 embarazadas encuestadas, 14 embarazadas que equivale el 17.2% dijeron que **CADA MES** acuden al odontólogo; y 67 embarazadas correspondiente al 82.8% contestaron que **SOLO CUANDO LA GINECÓLOGA LA ENVIABAN** acudían al odontólogo.

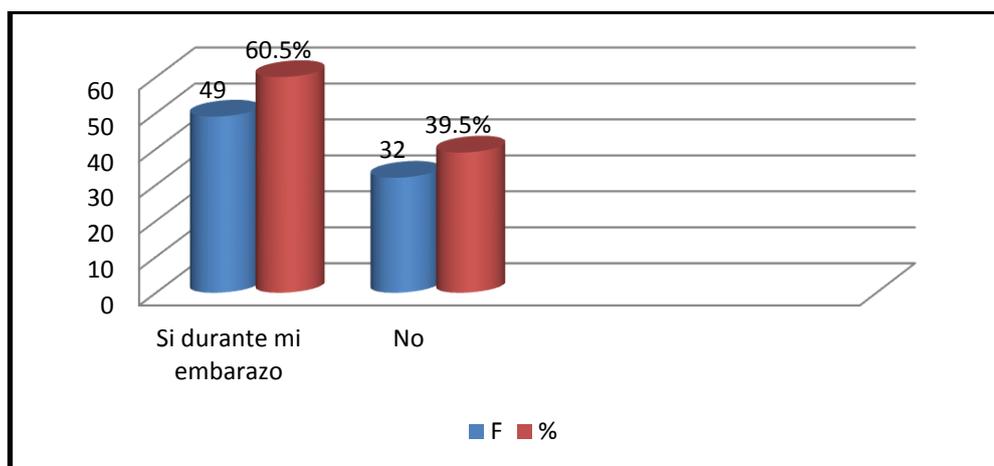
Según Rodríguez Gonzales Franklin en su artículo de la revista enfoque odontológico “...Se debe evitar los tratamientos durante el primer trimestre, que es el momento crítico para la organogénesis, realizado en este periodo solo actuaciones de urgencias (profilaxis y operatorias)...”

PROBLEMAS BUCODENTALES

GRAFICUADRO N° 6

6.- ¿Ha sentido ásperos los dientes?

ALTERNATIVAS	F	%
Si durante mi embarazo	49	60.5
No	32	39.5
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

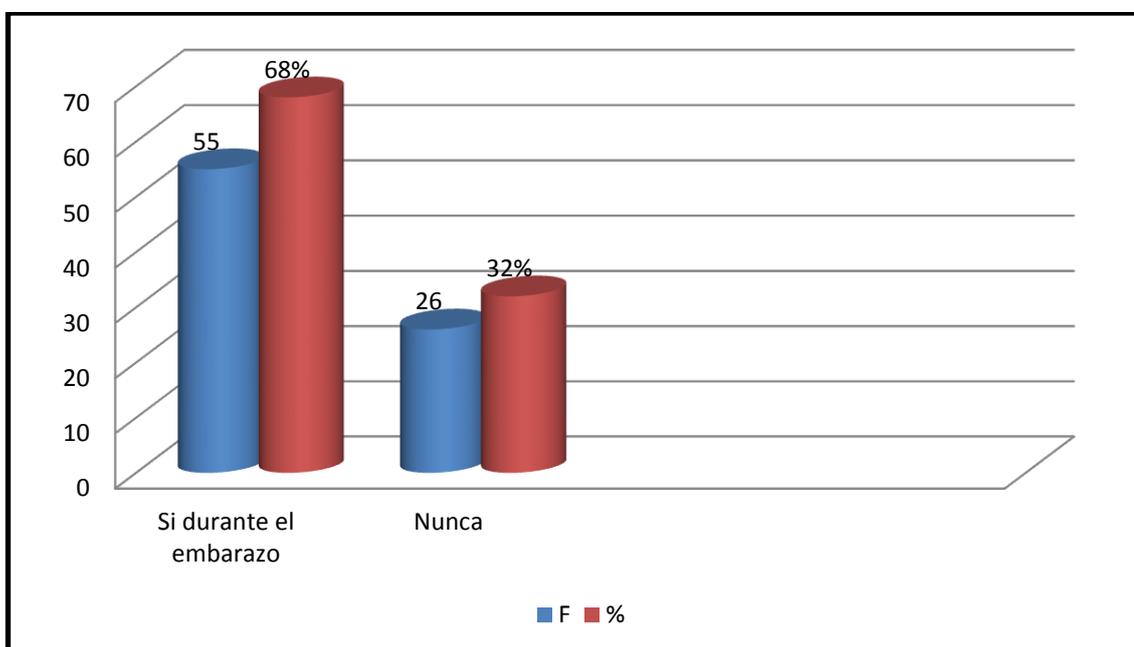
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 6 se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 49 embarazadas que equivale el 60.5% dijeron que **DURANTE EL EMBARAZO SI** han sentido los dientes ásperos; 32 embarazadas que corresponden al 39.5% contestaron que **NO** han sentido ásperos los dientes.

Según José Castroverde en el Compendio de Higiene Pública y Privada “...En las embarazadas con casos graves de nauseas matutinas, los vómitos frecuentes pueden causar la erosión del esmalte...” Teniendo que el 60.5% presentan ásperos sus dientes.

GRAFICUADRO N° 7

7.- ¿Ha sentido resequead en su boca?

ALTERNATIVAS	F	%
Si durante mi embarazo	55	68
Nunca	26	32
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

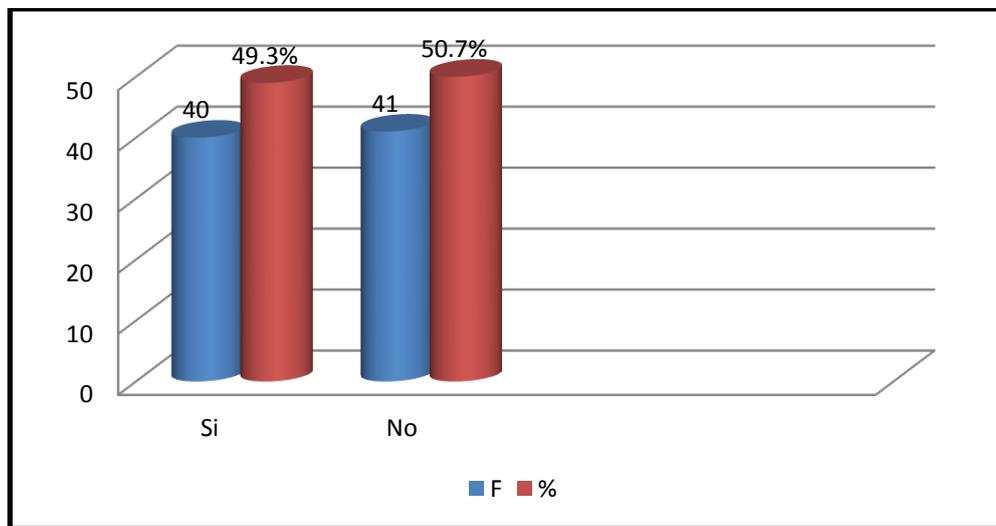
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 7 se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 55 embarazadas que equivale el 68% dijeron **QUE DURANTE SU EMBARAZO SI** han sentido reseca su boca; y 26 embarazadas que corresponden al 32% contestaron que **NUNCA** han sentido reseca su boca.

Según el autor Philip Sapp en el libro Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea “...Sucede cuando las glándulas salivales dejan de funcionar correctamente, a menudo como efecto secundario de medicamentos o debido a otros problemas de salud...” Dando como resultado que el 68% de las encuestadas han sentido reseca su boca.

GRAFICUADRO N° 8

8.- ¿Durante su embarazo ha tenido salivación excesiva?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	40	49.3
No	41	50.7
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

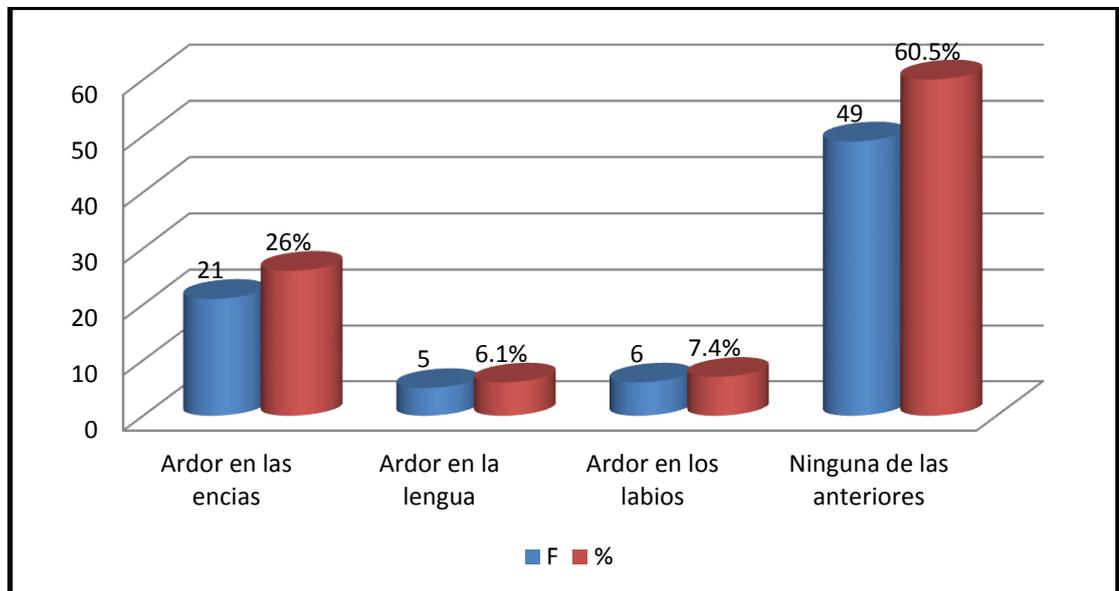
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 8 se manifestó que de las 81 embarazadas encuestadas, 40 embarazadas que equivale el 49.3% dijeron que durante su embarazo **SI** han tenido salivación excesiva; y 41 embarazadas que corresponden al 50.7% contestaron que **NO** han tenido salivación excesiva en su boca.

Según en la pagina web <http://espanol.pregnancy-info.net> “En las primeras etapas del embarazo es muy común que las mujeres experimenten un exceso en la producción de saliva...” por los resultados obtenidos el 49.3% si han sentido salivación excesiva durante su embarazo.

GRAFICUADRO N° 9

9.- ¿Ha sentido alguna molestia en su boca durante el embarazo?

ALTERNATIVAS	F	%
Ardor en las encías	21	26
Ardor en la lengua	5	6.1
Ardor en los labios	6	7.4
Ninguna de las anteriores	49	60.5
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 10 Se manifestó que las 81 embarazadas encuestadas, 21 embarazadas que equivale el 26% han sentido **ARDOR EN LAS ENCÍAS**; 5 embarazada que es el 6.1% han sentido **ARDOR EN LA LENGUA**; 6 embarazadas que equivale el 7.4% han sentido **ARDOR EN LOS LABIOS**; y

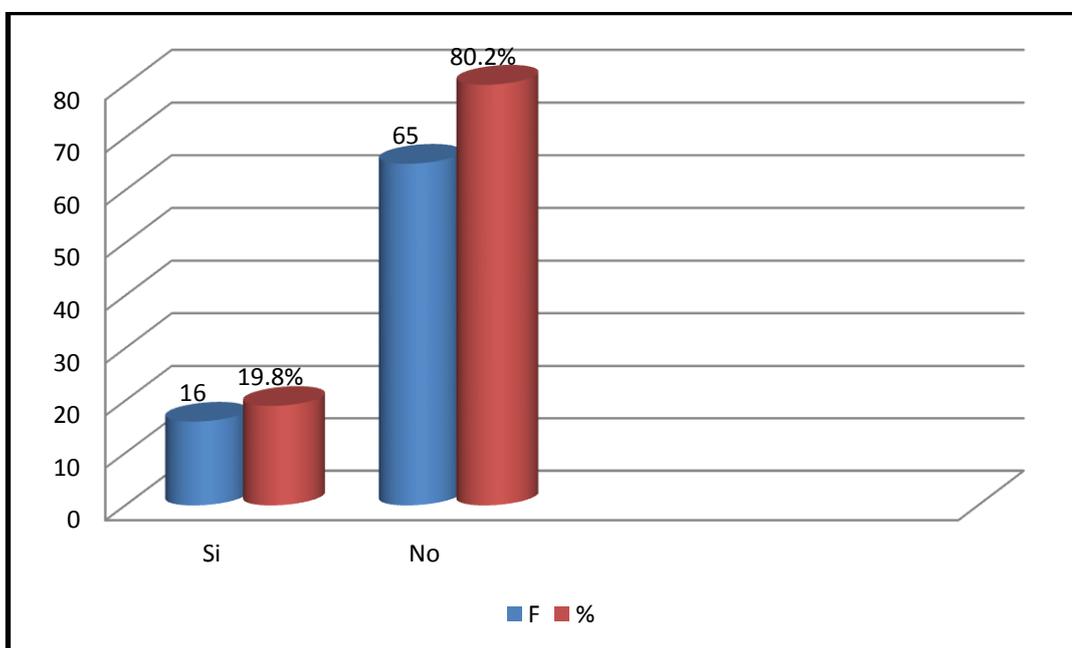
49 embarazadas que corresponden el 60.5% que no han tenido **NINGUNA DE LAS ANTERIORES.**

“...Durante el embarazo es común sufrir de molestias bucales, especialmente en las encías...” Según el artículo publicado en la pagina www.todobebe.com, lo que da como resultado que el **26%** de las embarazadas han sentido molestias en las encías.

GRAFICUADRO N° 10

10.- ¿Durante su embarazo ha observado una carnosidad roja en sus encías?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	16	19.8
No	65	80.2
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

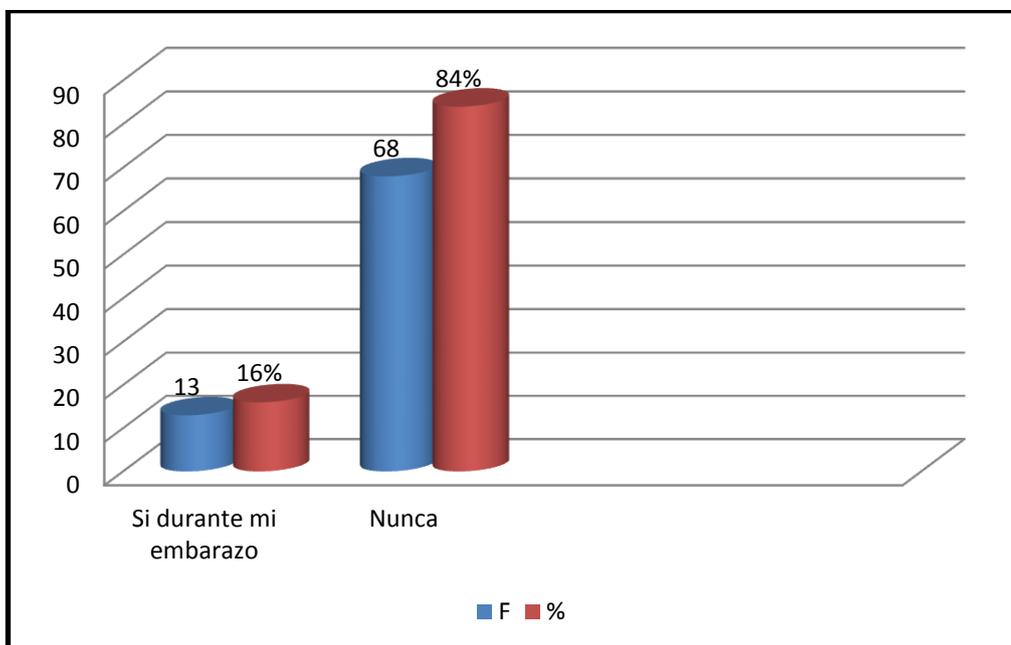
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 11 Se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 16 embarazadas que equivale el 19.8% dijeron **QUE DURANTE SU EMBARAZO SI** han observado una carnosidad roja en las encías; 65 embarazadas que corresponden al 80.2% contestaron que **NO** han observado una carnosidad roja en sus encías.

Según Jan Lindhe y Thorkild Karring en el libro Periodontología clínica “...el granuloma piógeno puede presentarse en todas las zonas de la cavidad bucal, pero se encuentra con mayor frecuencia en la encía marginal...” por los resultados obtenidos el 19.8% si presentan una carnosidad roja en sus encías.

GRAFICUADRO N° 11

11.- ¿Ha observado llagas en sus labios?

ALTERNATIVAS	F	%
Si durante mi embarazo	13	16
Nunca	68	84
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

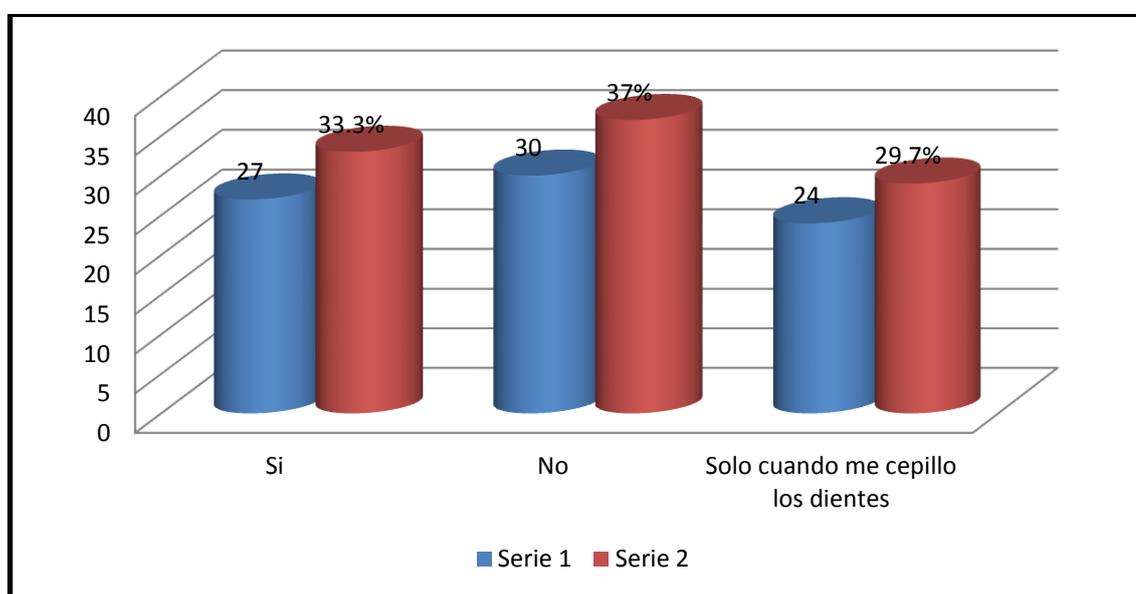
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 12 Se constato que las 81 embarazadas encuestadas, 13 embarazadas que equivale el 16% dijeron **QUE SI DURANTE MI EMBARAZO** han observados llagas en sus labios; y 68 embarazadas que corresponden al 84% contestaron que **NUNCA** han sentido llagas en sus labios.

Según el autor Laskaris George “Las boqueras, es un trastorno de los labios causado por varios factores, tales como deficiencia de rivo flavina, anemia por deficiencia de hierro...” dando como resultado que el 16% si observaron llagas en sus labios.

GRAFICUADRO N° 12

12.- ¿Ha observado que sus encías sangran?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	27	33.3
No	30	37
Solo cuando me cepillo los dientes	24	29.7
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

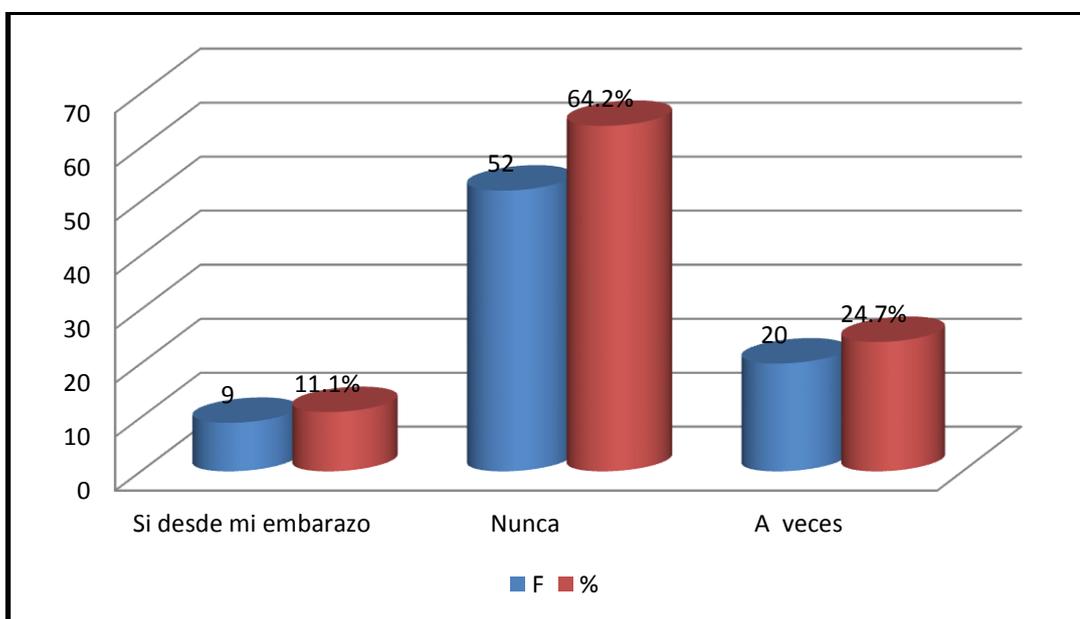
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 13 Se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 27 embarazadas que equivale el 33.3% dijeron que **SI** han observados q sus encías sangran; 30 embarazadas que corresponden al 37% que **NO** han observado que sus encías sangran; y 24 embarazadas que seria el 29.7% contestaron que **SOLO CUANDO SE CEPILLAN LOS DIENTES** sus encías sangran.

Según Frank Netter “...la gingivitis produce una hemorragia de la encía durante el cepillado...” Dando como resultado que el 29.7% de las encuestadas sangran las encías cuando se cepillan los dientes.

GRAFICUADRO N° 13

13.- ¿Siente sus encías inflamadas?

ALTERNATIVAS	F	%
Si desde mi embarazo	9	11.1
Nunca	52	64.2
A veces	20	24.7
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 14 Manifestamos que las 81 embarazadas encuestadas, 9 embarazadas que equivale el 33.3% dijeron que **SI DESDE MI EMBARAZO** sienten sus encías inflamadas; 52 embarazadas que corresponden al 64.2% que **NUNCA** han sentido sus encías inflamadas; y 20

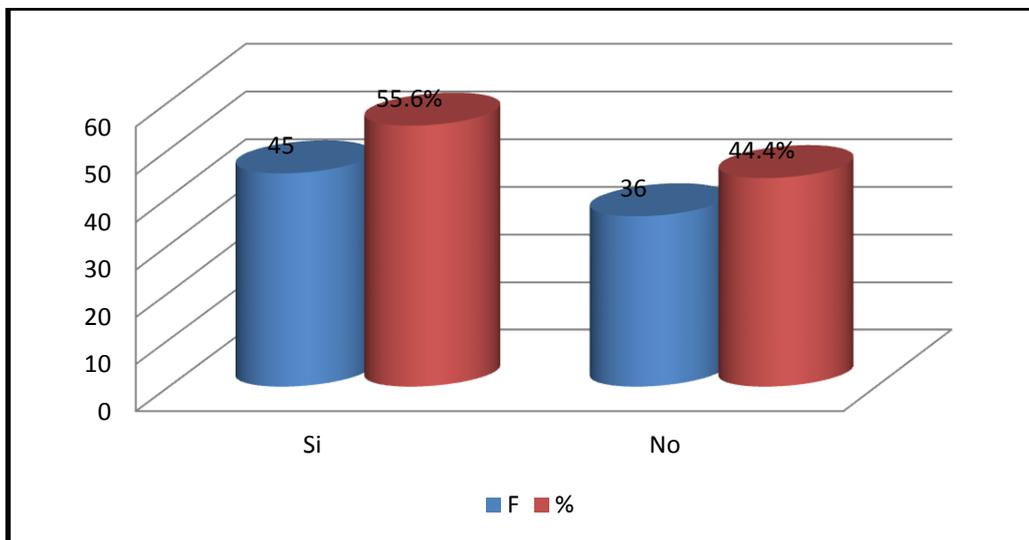
embarazadas que sería el 24.7% contestaron que **A VECES** sienten sus encías inflamadas.

Según Frank Netter “...la gingivitis produce una Inflación y enrojecimiento de la encía...” Lo que dio como resultado que el 11.1% ha sentido inflamación en las encías durante su embarazo.

GRAFICUADRO N° 14

14.- ¿Siente usted que tiene mal aliento desde que inicio su embarazo?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	45	55.6
No	36	44.4
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

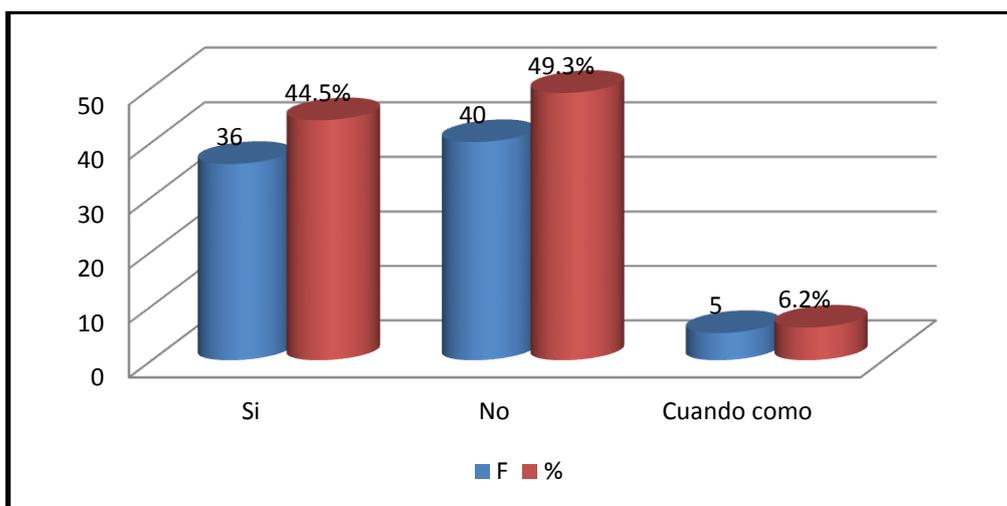
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 15 Podemos demostrar que de las 81 embarazadas encuestadas, 45 embarazadas que equivale el 56.6% dijeron que **SI** tienen mal aliento; y 36 embarazadas que corresponden al 44.4% que **NO** tiene mal aliento.

Gustavo Barrios dice “...La halitosis en general proviene de la descomposición de varios productos orgánicos de la saliva...” Dando como resultado que el 55.6% de las embarazadas han sentido mal aliento durante el embarazo.

GRAFICUADRO N° 15

15.- ¿Ha sentido Ud. dolor en algún diente?

ALTERNATIVAS	F	%
Si	36	44.5
No	40	49.3
Cuando como	5	6.2
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

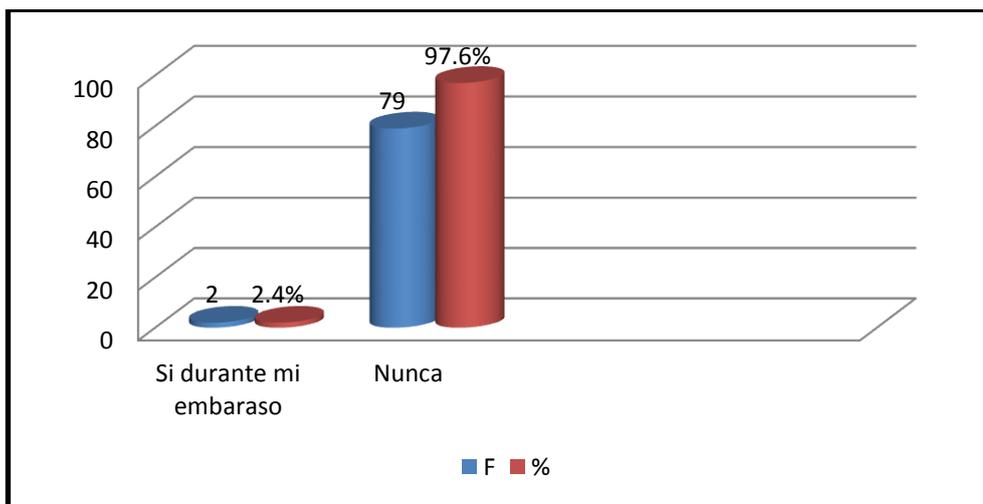
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 16 Se halló que las 81 embarazadas encuestadas, 36 embarazadas que equivale el 44.5% **SI** han sentido un dolor en algún diente; 40 embarazadas que corresponden al 49.3% que **NO** han sentido dolor en algún diente; y 5 embarazada que son el 6.2% dijeron que solo **CUANDO COMEN** le duele algún diente.

Según el Dr. Jaime Otero “...El dolor de los dientes es consecuencia de la caries en una etapa avanzada.” Teniendo como resultado que el 44.5% han sentido dolor en un diente.

GRAFICUADRO N° 16

16.- ¿Ha observado manchas rojizas en su lengua?

ALTERNATIVAS	F	%
Si durante mi embarazo	2	2.4
Nunca	79	97.6
Total	81	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 17 Se encontró que las 81 embarazadas encuestadas 2 embarazadas que equivale el 2.4% dijeron que **SI DURANTE MI EMBARAZO** se encontró manchas rojizas en su lengua; y las 79 embarazadas que corresponden al 97.6% que **NUNCA** han observado manchas rojizas en su lengua.

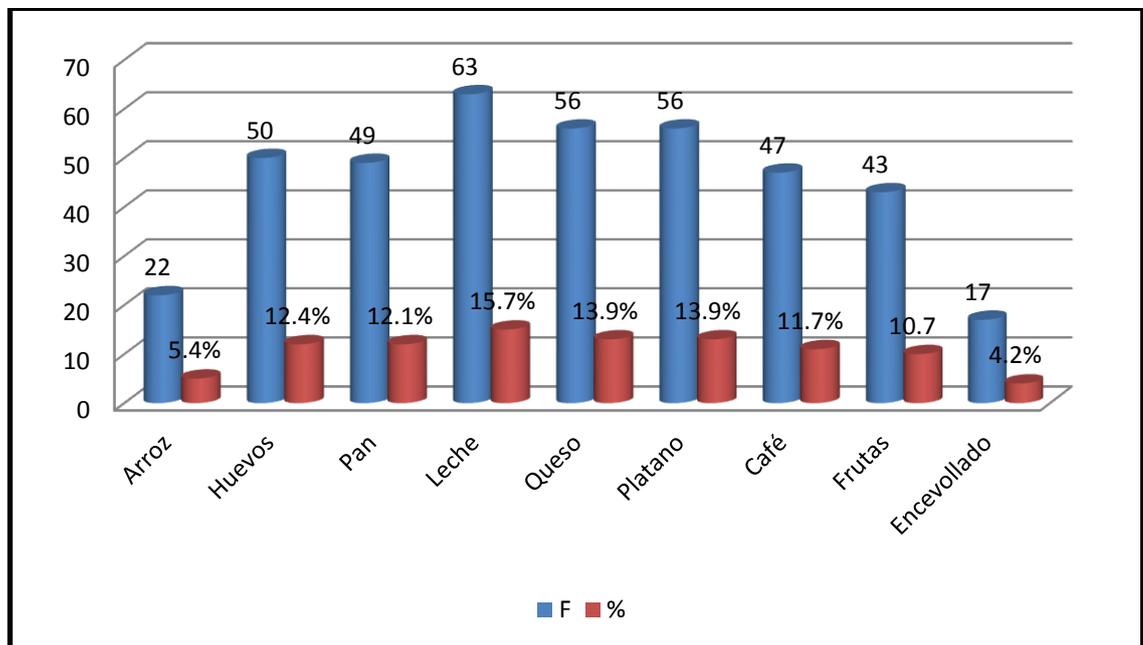
“La lengua despapilada esta asociadas con el proceso anémico propios del embarazo, además a vómitos frecuentes y falta de la higiene bucal...” Por lo que el 2.4% si ha observado manchas rojas en su lengua.

NUTRICIÓN

GRAFICUADRO N° 17

17.- ¿Su alimentación en el desayuno se basa en?

ALTERNATIVAS	F	%
Arroz	22	5.4
Huevos	50	12.4
Pan	49	12.1
Leche	63	15.7
Queso	56	13.9
Plátano	56	13.9
Café	47	11.7
Frutas	43	10.7
Encebollado	17	4.2
Total	403	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

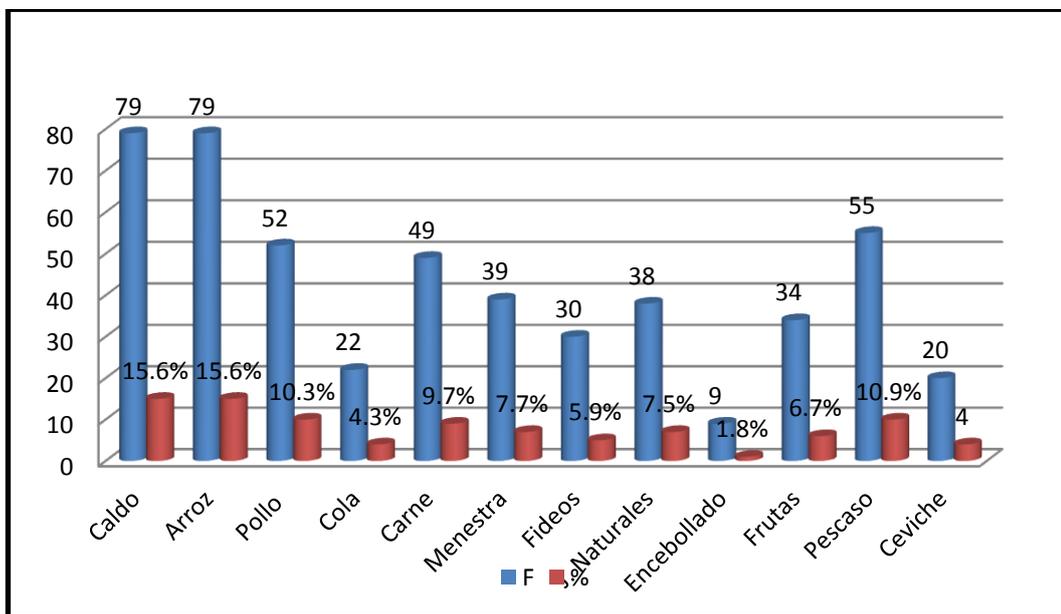
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 18 Se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 22 embarazadas que equivale el 5.4% dijeron que su desayuno se basa en **ARROZ**; 50 embarazadas que corresponden al 12.4% que desayunan **HUEVOS**; 49 embarazadas que corresponden al 12.1% que desayunan **PAN**; **63** embarazadas que equivalen a 13.9% que desayunan **LECHE**; 56 embarazadas que corresponden el 13.9% que desayunan **QUESO**; 56 embarazadas que son el 13.9% que desayunan **PLÁTANO**; 47 embarazadas que equivalen al 11.7% que desayunan **CAFÉ**; **43** embarazadas que equivalen a 10.7% que su desayuno se basa en **FRUTAS**; 17 embarazadas que corresponden el 4.2% que desayunan **ENCEBOLLADO**.

Según la pagina www.celiacos.com refiere que “...la leche es el principal alimento que la embarazada debe consumir en el desayuno...” por los resultados **63** de las **81** embarazadas consumen leche en el desayuno.

GRAFICUADRO N° 18

18.- ¿Su alimentación en el almuerzo se basa en?

ALTERNATIVAS	F	%
Caldo	79	15.6
Arroz	79	15.6
Pollo	52	10.3
Cola	22	4.3
Carne	49	9.7
Menestra	39	7.7
Fideos	30	5.9
J. Natural	38	7.5
Encebollado	9	1.8
Frutas	34	6.7
Pescado	55	10.9
Ceviche	20	4
Total	506	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

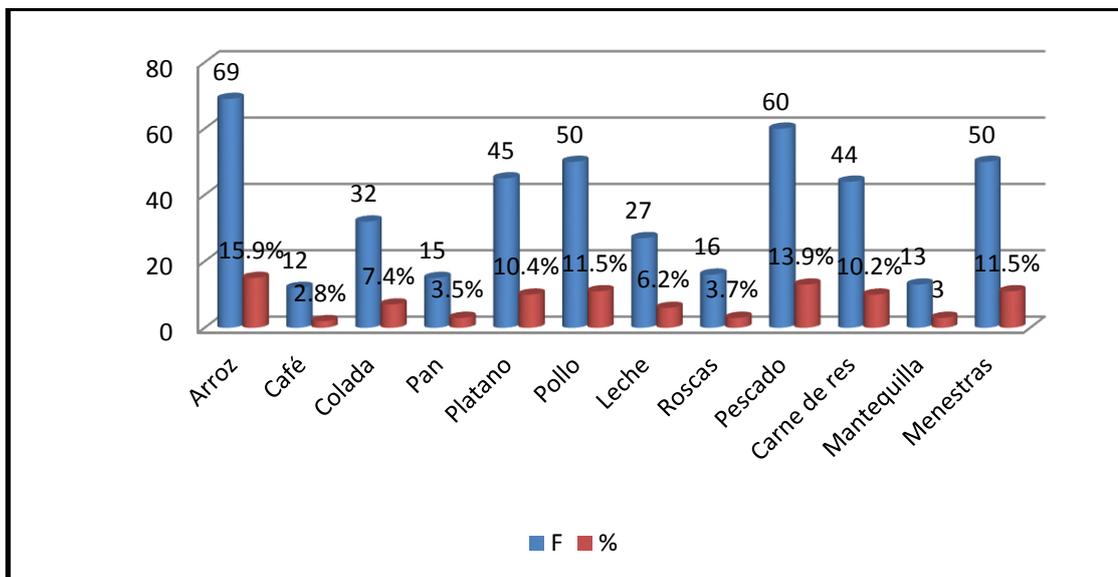
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 19 Se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 79 embarazadas que equivale el 15.6% dijeron que su almuerzo se basa en **CALDO**; 79 embarazadas que equivale el 15.6% dijeron que su almuerzo lo acompañaban con **arroz**; 52 embarazadas que es el 10.3% que almuerzan con **POLLO**; 22 embarazadas que equivale al 4.3% que en el almuerzo prefieren tomar **COLA**; **49** embarazadas que equivalen el 9.7% que su almuerzan **CARNE**; 39 embarazadas que corresponden el 7.7% que almuerzan **MENESTRA**; 30 embarazadas que son el 5.9% que almuerzan **FIDEOS**; 38 embarazadas que equivalen al 7.5% que su almuerzo lo acompañan con **JUGOS NATURALES**; 9 embarazadas que son el 1.8% que su almuerzo se basa en **ENCEBOLLADO**; 34 embarazadas que corresponden el 6.7% que su almuerzo lo complementan con **FRUTAS**; 55 embarazadas que equivalen al 10.9% que almuerzan con **PESCADO**; y 20 embarazadas que es el 4 % almuerzan **CEVICHE**.

La autora Laura Matarese en el libro Nutrición Clínica Práctica dice “...La mujer durante el embarazo debe tener una alimentación balanceada, rica en proteínas y minerales...” por los resultados obtenidos el 9.7% de las encuestadas consume carnes y el 7.7 % consume menestras.

GRAFICUADRO N° 19

19.- ¿Su alimentación en la merienda se basa en?

ALTERNATIVAS	F	%
Arroz	69	15.9
Café	12	2.8
Colada	32	7.4
Pan	15	3.5
Plátano	45	10.4
Pollo	50	11.5
Leche	27	6.2
Roscas	16	3.7
Pescado	60	13.9
Carne de res	44	10.2
Mantequilla	13	3
Menestras	50	11.5
Total	433	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 20 Se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 69 embarazadas que equivale el 15.9% dijeron que su merienda se basa en **ARROZ**; 12 embarazadas que equivale el 2.8% dijeron que su merienda es acompañado con **CAFÉ**; 32 embarazadas que es el 7.4% que en la merienda toman **COLADA**; 15 embarazadas que equivale al 3.5% que en la merienda prefieren comer **PAN**; 45 embarazadas que equivalen el 10.4% que su meriendan con **PLÁTANO**; 50 embarazadas que corresponden el 11.5% que meriendan **POLLO**; 27 embarazadas que son el 6.2% que en la merienda toman **LECHE**; 16 embarazadas que equivalen al 3.7% que su merienda se basa solo de **ROSCAS**; 60 embarazadas que son el 13.9% que su merienda se basa en **PESCADO**; 44 embarazadas que corresponden el 10.2% que su almuerzo lo acompañan con **CARNE DE RES**; 13 embarazadas que equivalen al 3% que su merienda lo acompañan con **MANTEQUILLA**; y 50 mujeres embarazadas que es el 11.5 % meriendan con **MENESTRAS**.

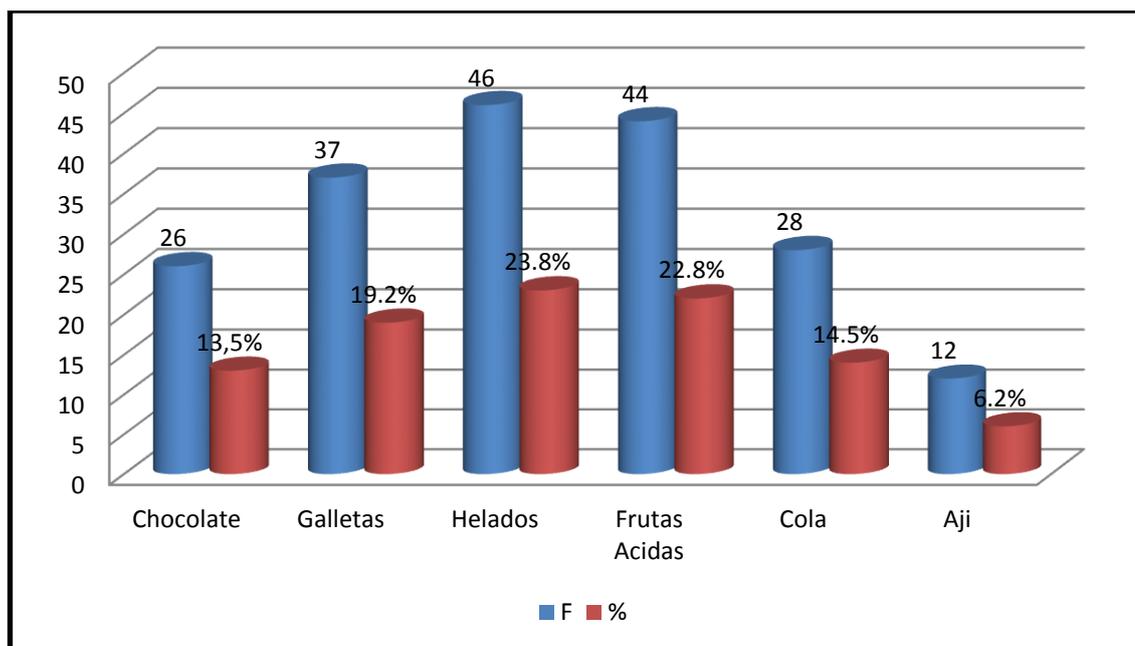
Según la pagina www.celiacos.com “...la alimentación de la embarazada en la cena se debe basar en una porción de arroz acompañada de pescado o pollo, jugos o frutas...”

GRAFICUADRO N° 20

20.- ¿Que ingiere usted entre comidas?

Antojos

ALTERNATIVAS	F	%
Chocolate	26	13.5
Galletas	37	19.2
Helados	46	23.8
Frutas acidas	44	22.8
Cola	28	14.5
Ají	12	6.2
Total	193	100



FUENTE: Encuestas dirigidas a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 21 Se encontró que las 81 embarazadas encuestadas, 26 embarazadas que equivale el 13.5% tuvieron antojos de **CHOCOLATE**; 37 gestantes que corresponden al 19.2% que tuvieron antojos de **GALLETAS**; 46 embarazadas que corresponden al 23.8% que es su mayor porcentaje han tenido antojos de **HELADOS**; 44 embarazadas que equivalen al 22.8% que han tenido antojos de **FRUTAS ACIDAS**; 28 embarazadas que corresponden el 14.5% que han tienen antojos de **COLA**; 12 embarazadas que son el 6.2% que han antojos de **AJÍ**, que es el menor porcentaje de los antojos que han tenido las embarazadas.

Según Laura Matarese en el libro Nutrición Clínica Práctica dice “...Los alimentos que más se desean durante el embarazo son las frutas ácidas, los dulces, los productos lácteos y la comida muy condimentada...” dando como resultado que 44 embarazadas consumen frutas acidas, 46 consumen halados y 12 embarazadas consumen ají.

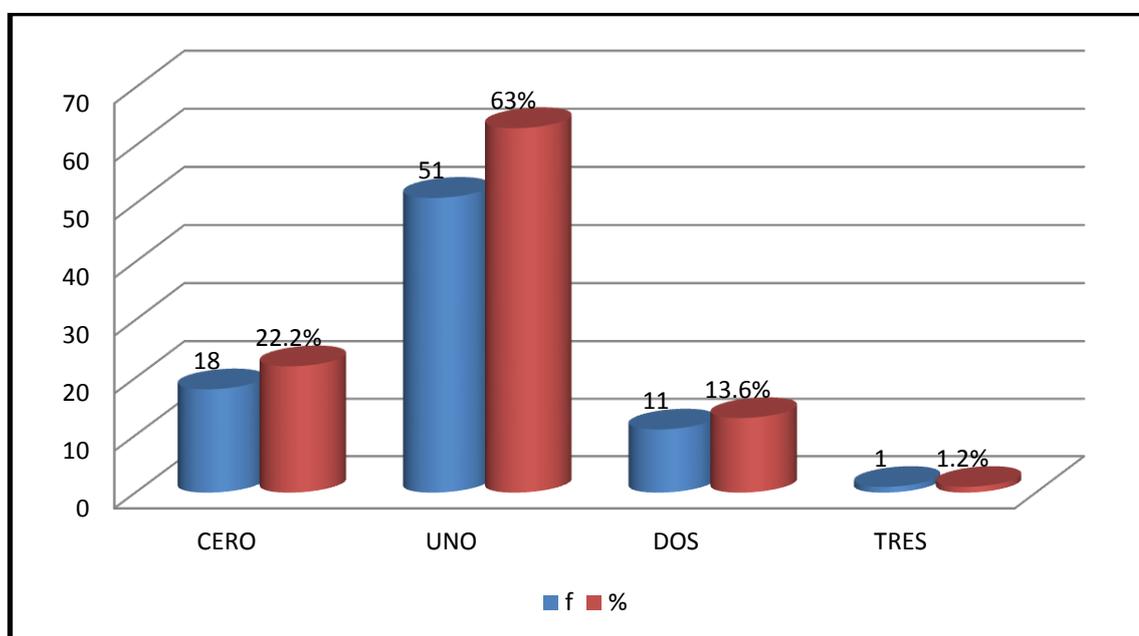
7.1.2 RESULTADOS DE LA FICHA CLÍNICA PARA DETERMINAR LOS PROBLEMAS BUCODENTALES EN LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL “HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

GRAFICUADRO N° 1

INDICADORES DE SALUD BUCAL

PLACA DENTAL

GRADO	F	%
CERO	18	22.2
UNO	51	63
DOS	11	13.6
TRES	1	1.2
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 1 hallamos que de las 81 embarazadas encuestadas en el Hospital Regional “Verdi Cevallos Balda”, en el **GRADO CERO** hay 18 embarazadas que equivale al 22.2% no presentan placa dental; en el **GRADO UNO** se encontró 51 embarazadas que corresponden al 63% que tienen placa dental; en el **GRADO DOS** =11 embarazadas que corresponden al 13.6% que tienen placa dental dental; y el **GRADO TRES** que hubo 1 embarazada que equivale el 1.2% que tienen placa dental.

INDICE DE PLACA:

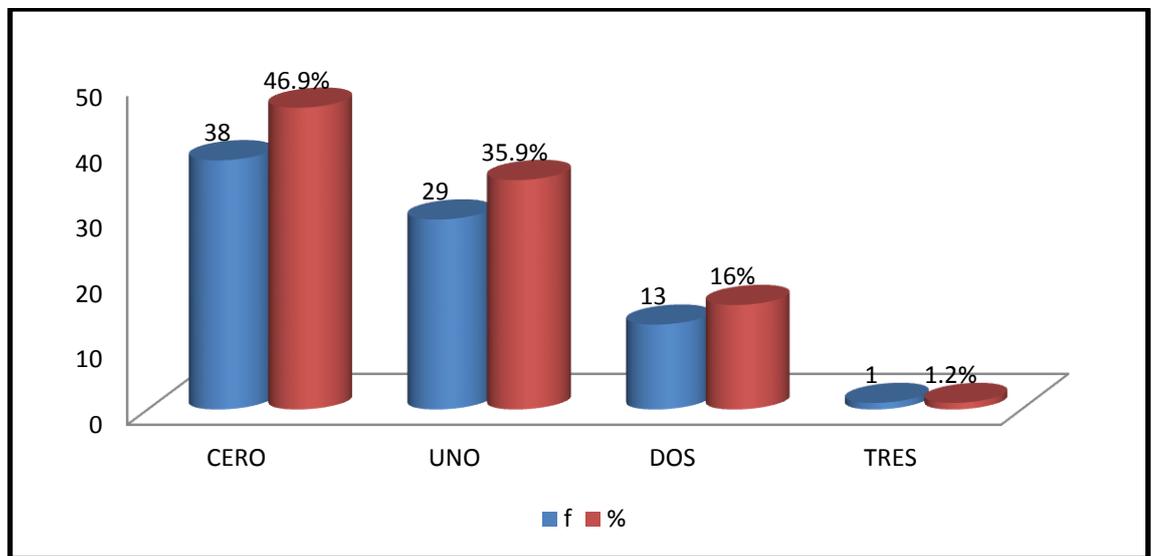
Fue desarrollado por Løe y Silness. “Es un complemento del Índice Gingival para evaluar la presencia y cantidad de placa dentobacteriana en el área gingival, determinando riesgos en cada individuo.

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

GRAFICUADRO N° 2

CALCULO

GRADO	F	%
CERO	38	46.9
UNO	29	35.9
DOS	13	16
TRES	1	1.2
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 2 encontramos que de las 81 embarazadas encuestadas en el **GRADO CERO** = 38 embarazadas que equivale al 46.9% no presentan calculo dental; en el **GRADO UNO** se encontró 29 embarazadas que corresponden al 35.9% que tienen calculo dental; en el **GRADO**

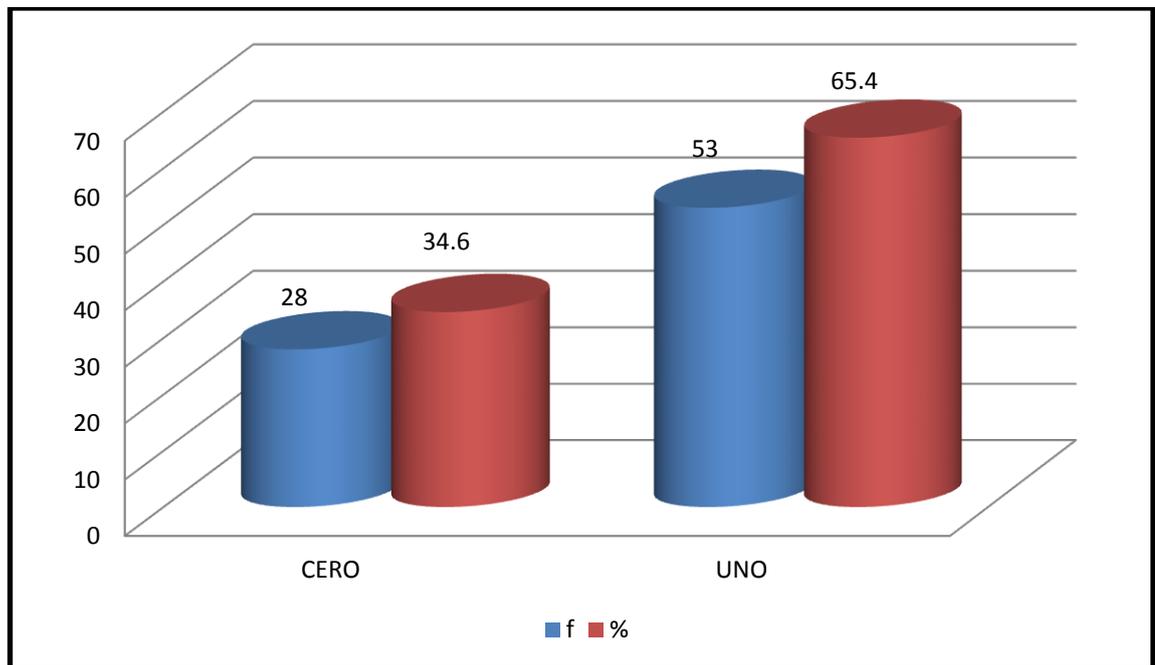
DOS =13 embarazadas que corresponden al 16% que tienen calculo dental; y el **GRADO TRES** que hubo 1 embarazada que equivale el 1.2% que tienen calculo dental.

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

GRAFICUADRO N° 3

GINGIVITIS

GRADO	F	%
CERO	28	34.6
UNO	53	65.4
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

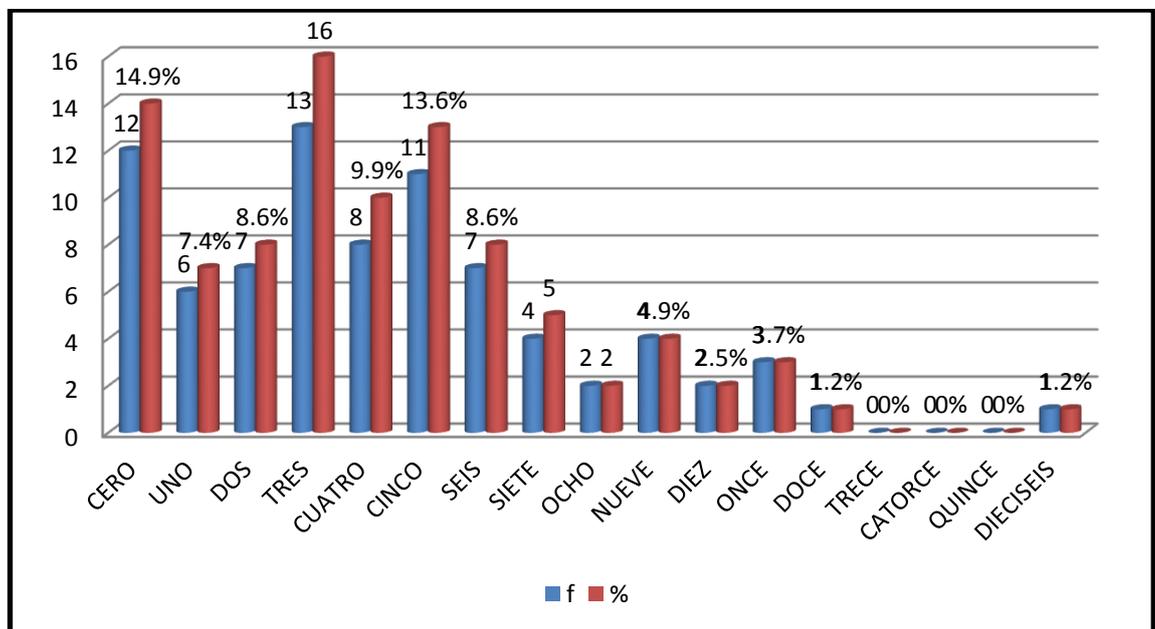
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 3 podemos demostrar que de las 81 embarazadas encuestadas en el **GRADO CERO** = 28 embarazadas que equivale al 34.6% no presentan gingivitis; en el **GRADO UNO** se encontró 53 embarazadas que corresponden al 65.4% que tienen gingivitis.

INDICE GINGIVAL (IG):

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

GRAFICUADRO N° 4
INDICADORES DEL “CPO”
CARIADOS

GRADO	F	%
CERO	12	14.9
UNO	6	7.4
DOS	7	8.6
TRES	13	16
CUATRO	8	9.9
CINCO	11	13.6
SEIS	7	8.6
SIETE	4	5
OCHO	2	2.5
NUEVE	4	4.9
DIEZ	2	2.5
ONCE	3	3.7
DOCE	1	1.2
TRECE	0	0
CATORCE	0	0
QUINCE	0	0
DIECISEIS	1	1.2
TOTAL	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

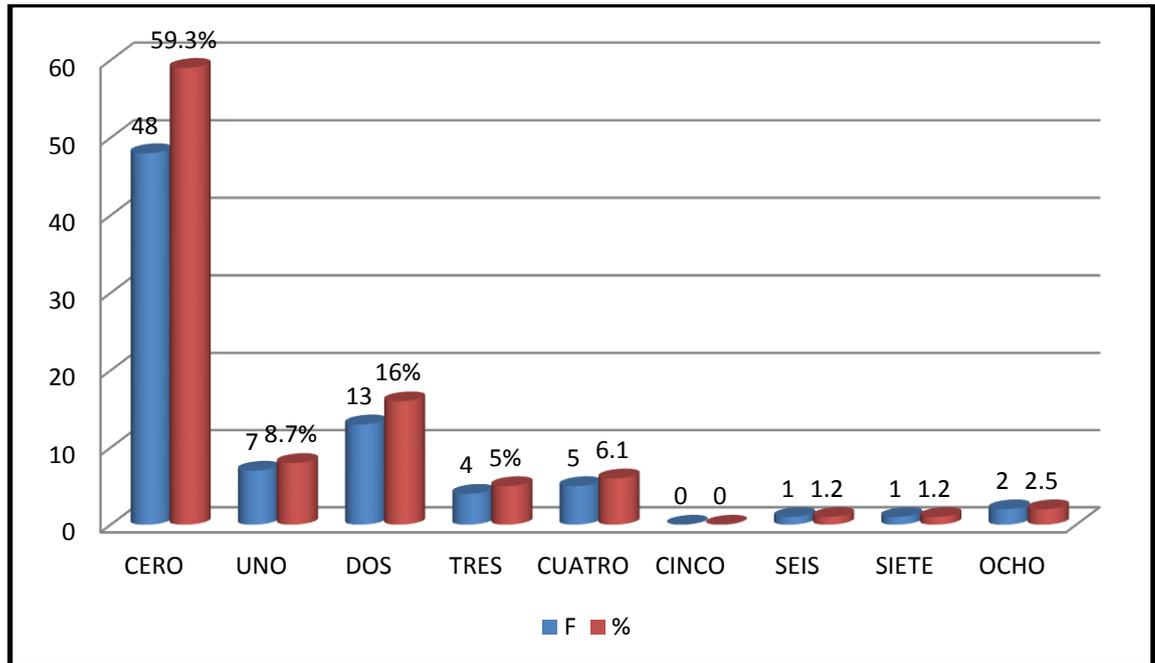
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 4 encontramos que de las 81 embarazadas encuestadas en el **GRADO CERO** = 12 embarazadas que equivale al 14.9% no presentan caries; en el **GRADO UNO** se encontró 6 embarazadas que corresponden al 7.4% que presentan caries; en el **GRADO DOS** =7 embarazadas que corresponden al 8.6% que tienen caries dental; el **GRADO TRES** 13 embarazada que equivale el 16% que tienen caries; **GRADO CUATRO** = 8 embarazadas que equivale el 9.9% tienen caries; **GRADO CINCO** hay 11 embarazadas que es el 13.6% con caries; **GRADO SEIS** =7 embarazadas que equivale el 8.6% de embarazadas con caries; **GRADO SIETE** las 4 embarazadas que es el 5% tienen caries; **GRADO OCHO** hay 2 embarazadas que es 2.5% que presentan caries; **GRADO NUEVE** =4 embarazadas que es el 4.9% que tienen caries; **GRADO DIEZ** 2 embarazadas correspondiente al 2.5% que tienen caries ; **GRADO ONCE** 3 embarazadas que equivale a 3.7% con presencia de caries; **GRADO DOCE** =1 embarazadas que es 1.2% con caries; **GRADO TRECE**= 0 embarazadas correspondiente al 0% no presentan caries; **GRADO CATORCE** =0 embarazadas correspondiente al 0% no presentan caries; **GRADO QUINCE** =0 embarazadas correspondiente al 0% no presentan caries; **GRADO DIECISÉIS** hay 1 embarazada que equivale el 1.2% que presenta caries.

CPO 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”.

GRAFICUADRO N° 5

PERDIDOS

GRADO	F	%
CERO	48	59.3
UNO	7	8.7
DOS	13	16
TRES	4	5
CUATRO	5	6.1
CINCO	0	0
SEIS	1	1.2
SIETE	1	1.2
OCHO	2	2.5
TOTAL	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

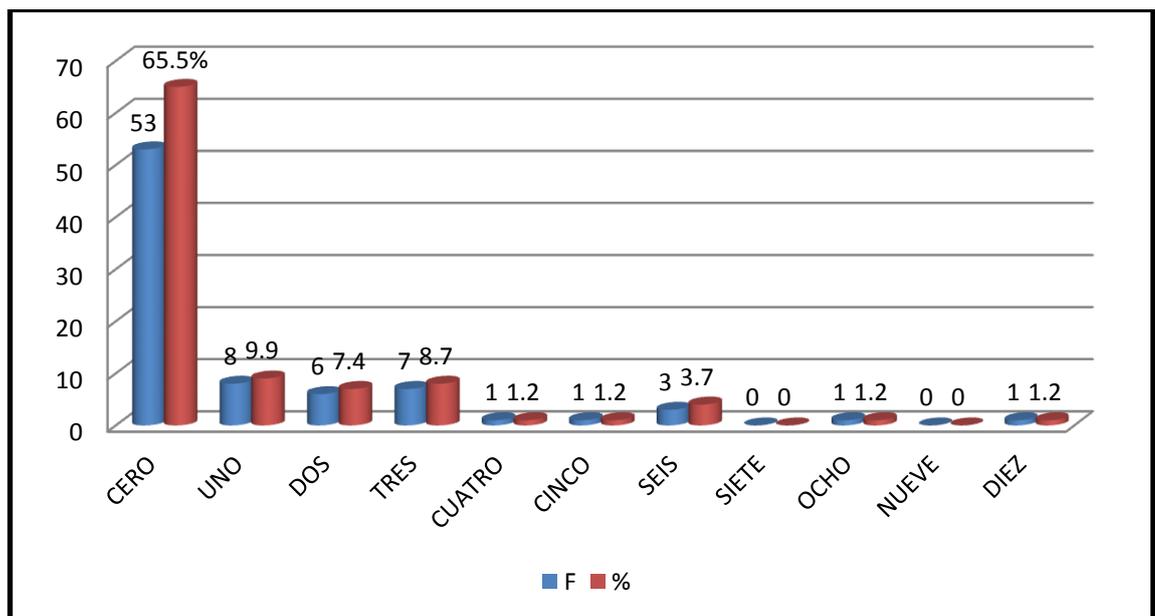
ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N° 5 encontramos que de las 81 embarazadas encuestadas en el **GRADO CERO** = 48 embarazadas que equivale al 59.3% que no han perdido sus piezas dentarias; en el **GRADO UNO** se encontró 7 embarazadas que corresponden al 8.7% que han perdido sus piezas dentarias; en el **GRADO DOS** =13 embarazadas que corresponden al 16% que han perdido sus dientes; el **GRADO TRES** 4 embarazada que equivale el 5% que han perdido sus dientes; **GRADO CUATRO** = 5 embarazadas que equivale el 6.1% que han perdido sus piezas dentaria; **GRADO CINCO** =0 embarazadas que es el 0% que no han perdido sus dientes; **GRADO SEIS** =1 embarazadas que equivale el 1.2% de embarazadas que han perdido sus dientes; **GRADO SIETE** =1 embarazadas que es el 1.2% que han perdido sus piezas dentarias; **GRADO OCHO** hay 2 embarazadas que es 2.5% que han perdido sus dientes.

GRAFICUADRO N° 6

OBTURADOS

GRADO	F	%
CERO	53	65.5
UNO	8	9.9
DOS	6	7.4
TRES	7	8.7
CUATRO	1	1.2
CINCO	1	1.2
SEIS	3	3.7
SIETE	0	0
OCHO	1	1.2
NUEVE	0	0
DIEZ	1	1.2
TOTAL	81	100



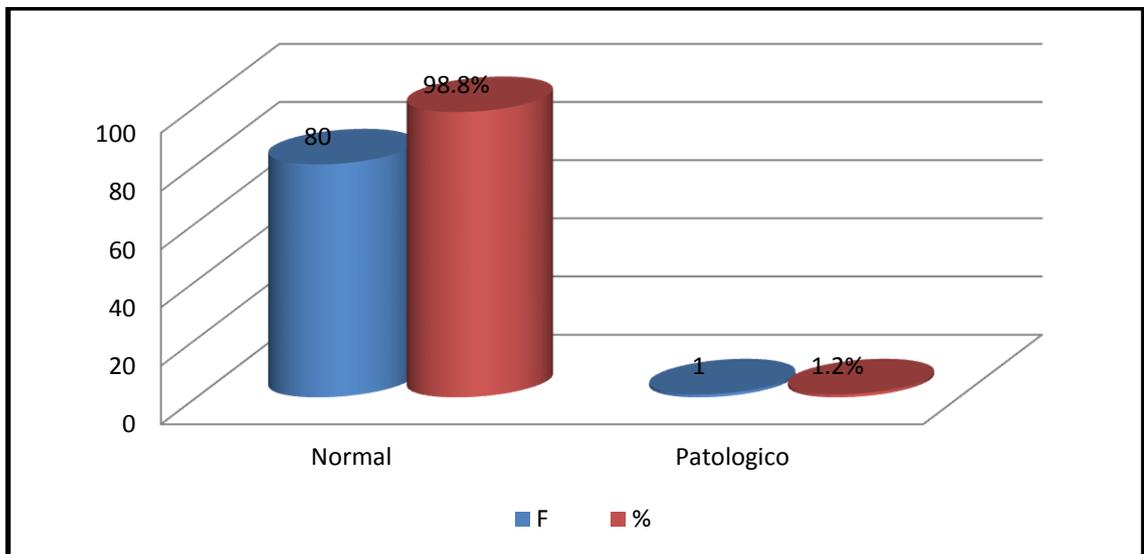
FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 6 encontramos que de las 81 embarazadas encuestadas en el **GRADO CERO** = 53 embarazadas que equivale al 65.5% que no tienen sus dientes obturados; en el **GRADO UNO** se encontró 8 embarazadas que corresponden al 9.9% que presentan dientes obturados; en el **GRADO DOS** =6 embarazadas que corresponden al 7.4% que tienen dientes obturados; el **GRADO TRES** 7 embarazada que equivale el 8.7% que tienen obturaciones; **GRADO CUATRO** = 1 embarazada que equivale al 1.2% tiene obturado sus dientes; **GRADO CINCO** hay 1 embarazada que es el 1.2% con obturaciones; **GRADO SEIS** =3 embarazadas que equivale el 3.7% de embarazadas con obturaciones; **GRADO SIETE** =0 embarazadas que es el 0% que no presentan obturaciones; **GRADO OCHO** hay 1 embarazada que es 1.2% que presentan obturaciones; **GRADO NUEVE** =0 embarazada que es el 0% que no presentan obturaciones; **GRADO DIEZ** 1 embarazada correspondiente al 1.2% que tienen obturaciones

GRAFICUADRO N° 7
HALLAZGOS CLÍNICOS
LABIOS

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	80	98.8
Patológico	1	1.2
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

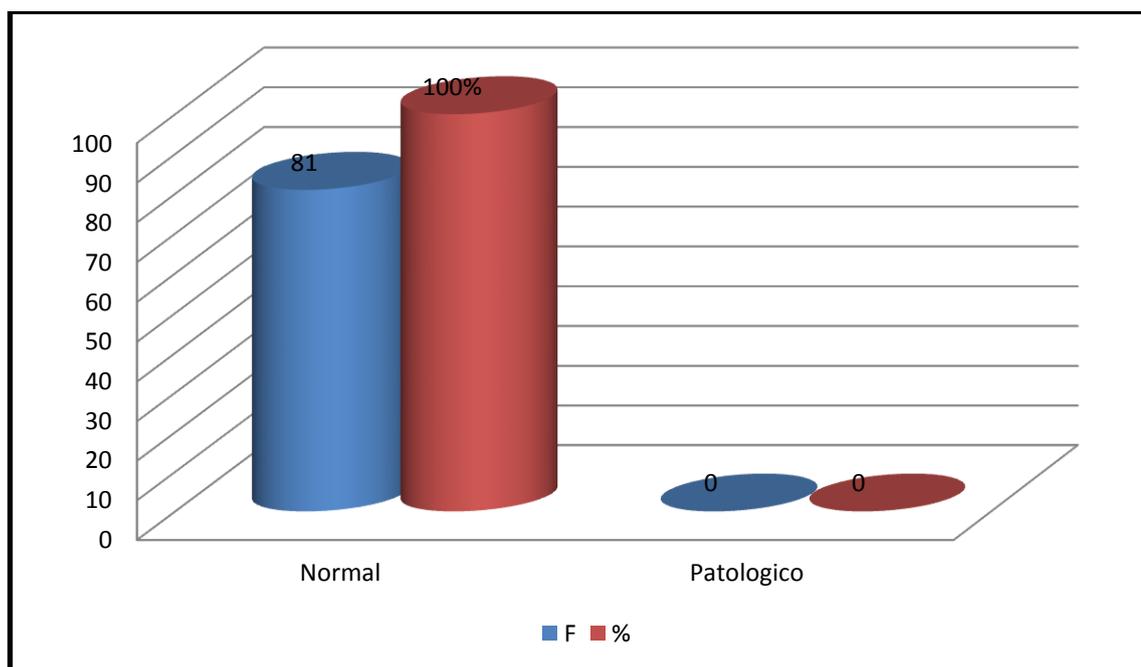
ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 7 de las 81 embarazadas encuestadas, 80 embarazadas que equivale el 98.8% tienen sus labios **NORMALES**; 1 embarazada que corresponden al 1.2% que presenta **PATOLOGÍA** en su labio.

GRAFICUADRO N° 8

MEJILLAS

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	81	100
Patológico	0	0
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

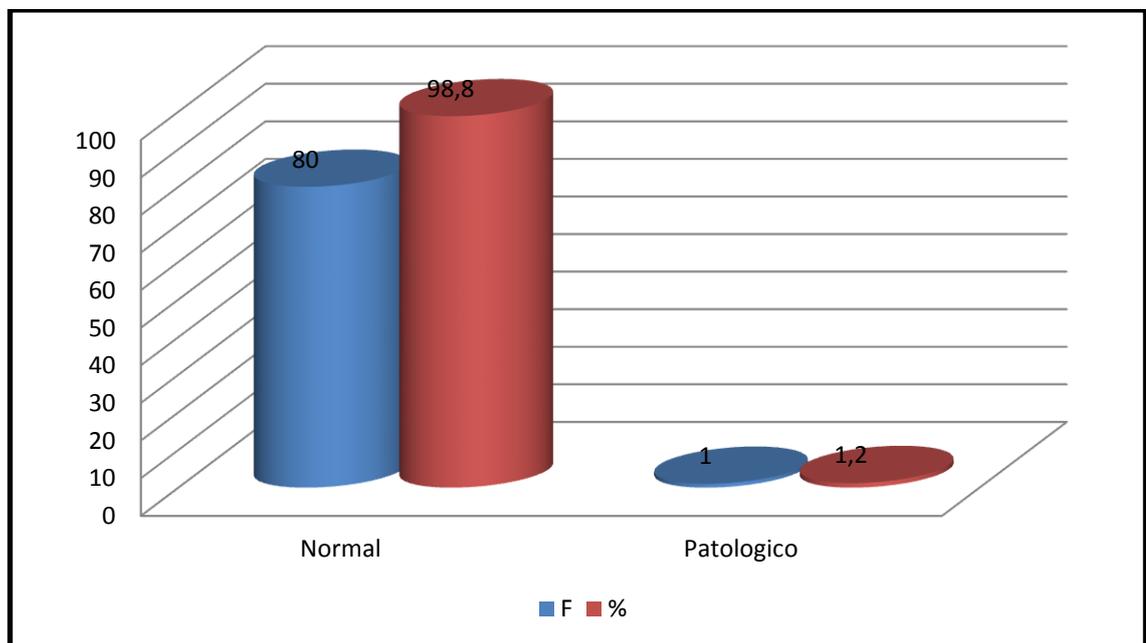
ELABORADO POR: Luis Hinostroza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 8 de las 81 embarazadas encuestadas, 81 embarazadas que equivale el 100% tienen sus mejillas **NORMALES**; 0 embarazada que corresponden al 0% que presenta **PATOLOGÍA** en su mejilla.

GRAFICUADRO N° 9

MAXILAR SUPERIOR

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	80	98.8
Patológico	1	1.2
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

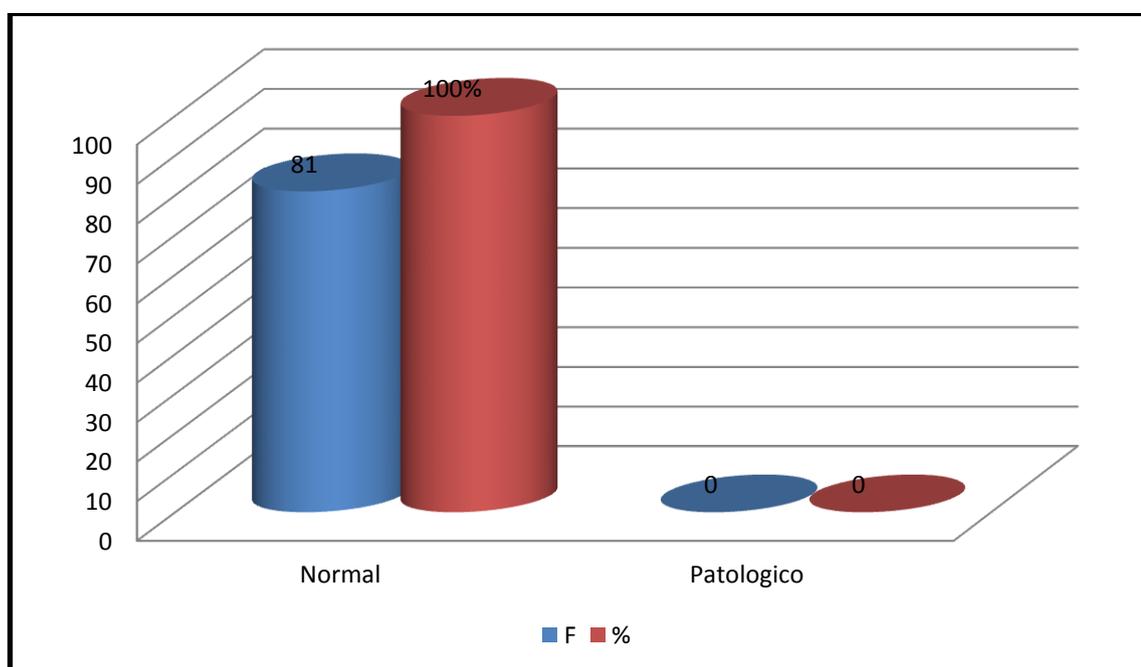
ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 9 de las 81 embarazadas encuestadas, 80 embarazadas que equivale el 98.8% tienen **NORMAL** su maxilar superior; 1 embarazada que corresponden al 1.2% que presenta **PATOLOGÍA** en su maxilar superior.

GRAFICUADRO N° 10

MAXILAR INFERIOR

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	81	100
Patológico	0	0
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

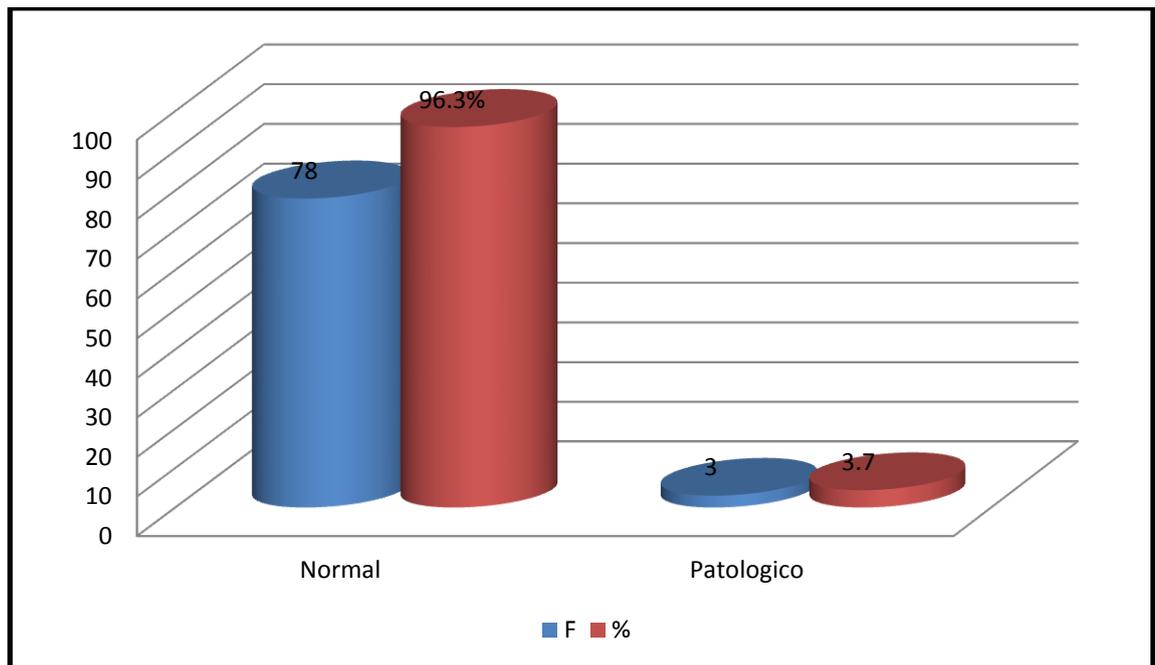
ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 10 de las 81 embarazadas encuestadas, 81 embarazadas que equivale el 100% tiene su maxilar inferior **NORMAL**; 0 embarazada que corresponden al 0% que presenta **PATOLOGÍA** en su labio.

GRAFICUADRO N° 11

LENGUA

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	78	96.3
Patológico	3	3.7
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

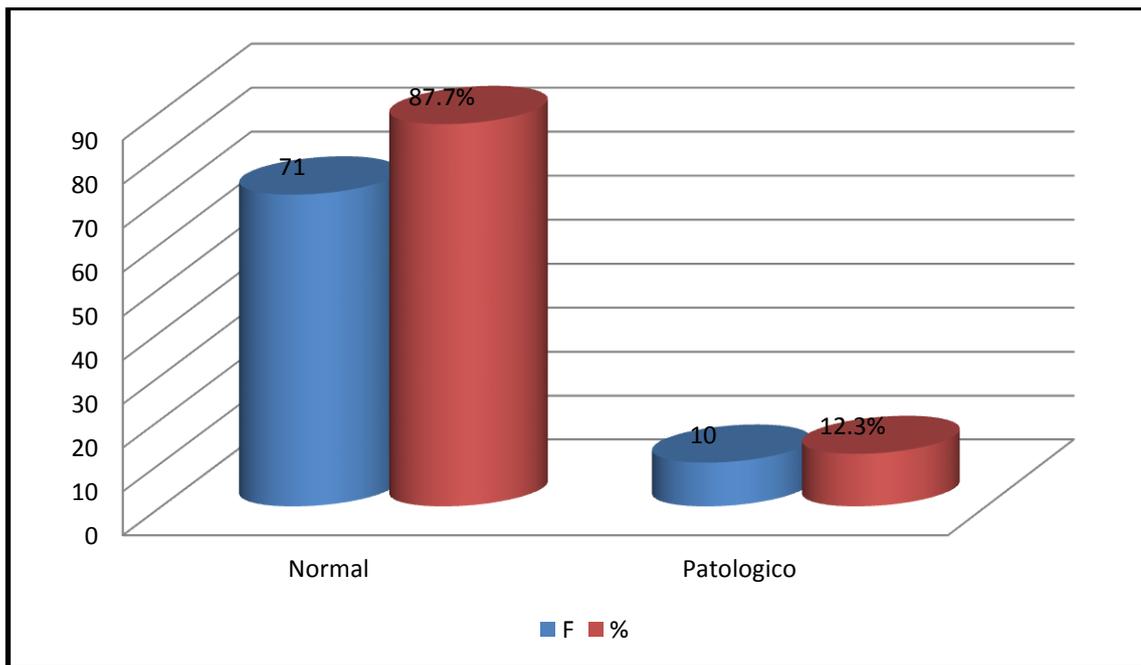
ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°.11 de las 81 embarazadas encuestadas, 78 embarazadas que equivale el 96.3% tiene su lengua **NORMAL**; 3 embarazada que corresponden al 3.7% que presenta **PATOLOGÍA** en su lengua.

GRAFICUADRO N° 12

PALADAR

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	71	87.7
Patológico	10	12.3
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

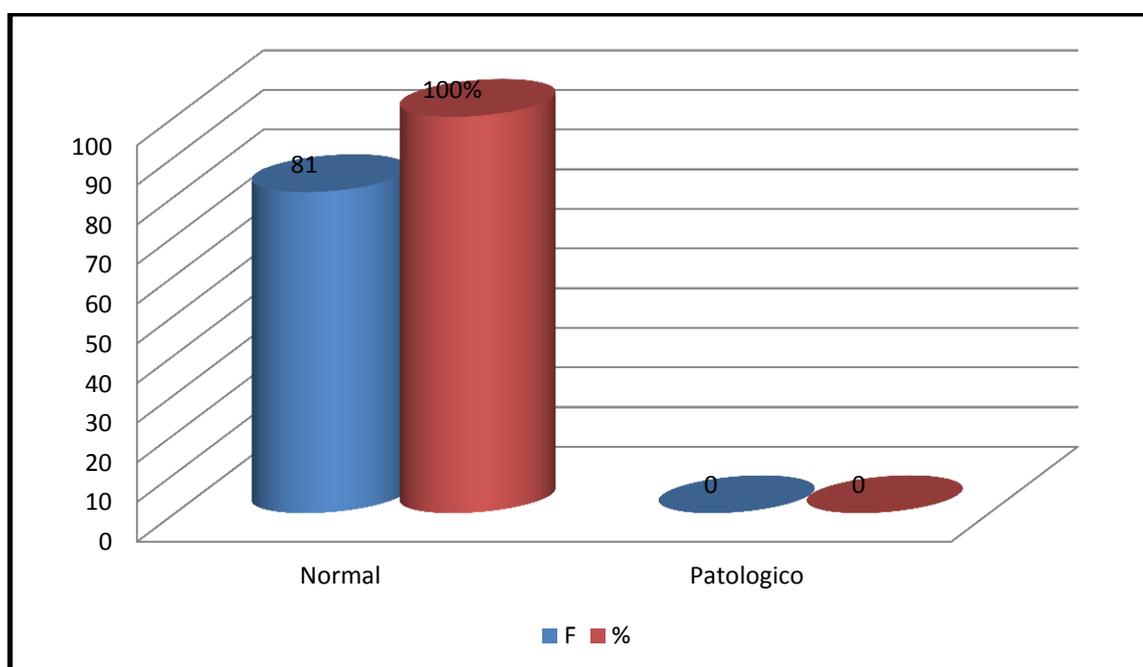
ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 12 de las 81 embarazadas encuestadas, 71 embarazadas que equivale el 87.7% tiene su paladar **NORMAL**; 10 embarazada que corresponden al 12.3% que presenta **PATOLOGÍA** en su paladar.

GRAFICUADRO N° 13

PISO DE LA BOCA

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	81	100
Patológico	0	0
Total	81	100



E FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

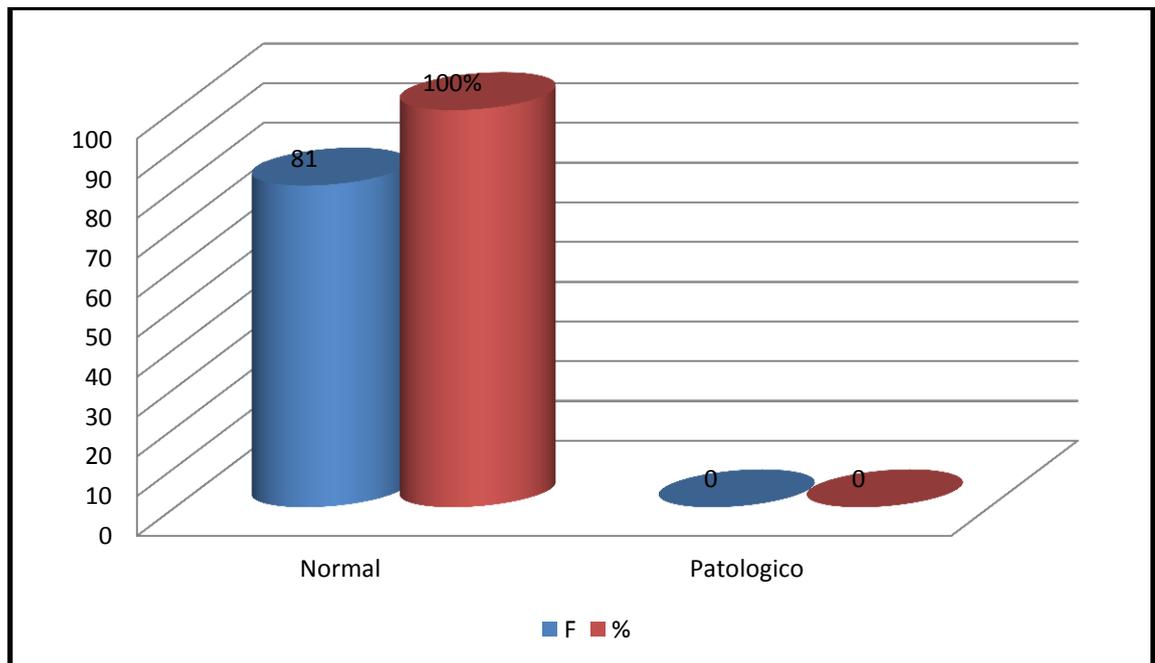
LABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 13 de las 81 embarazadas encuestadas, 81 embarazadas que equivale el 100% tiene su piso de la boca **NORMAL**; 0 embarazada que corresponden al 0% que presenta **PATOLOGÍA** en su piso de la boca.

GRAFICUADRO N° 14

CARRILLOS

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	81	100
Patológico	0	0
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

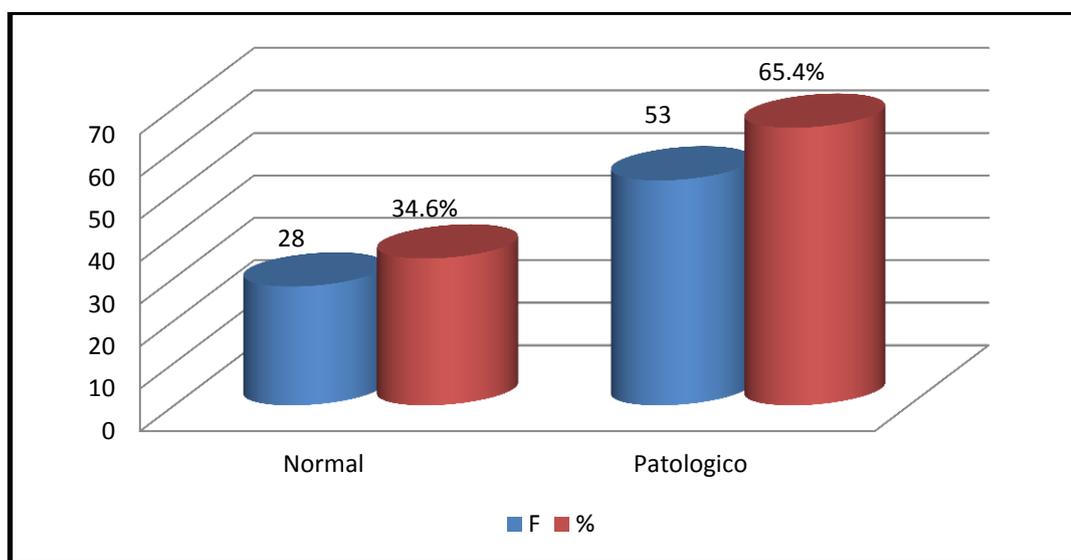
ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 14 de las 81 embarazadas encuestadas, 81 embarazadas que equivale el 100% tiene sus carrillos **NORMAL**; 0 embarazada que corresponden al 0% que presenta **PATOLOGÍA** en sus carrillos.

GRAFICUADRO N° 15

ENCIA

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	28	34.6
Patológico	53	65.4
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

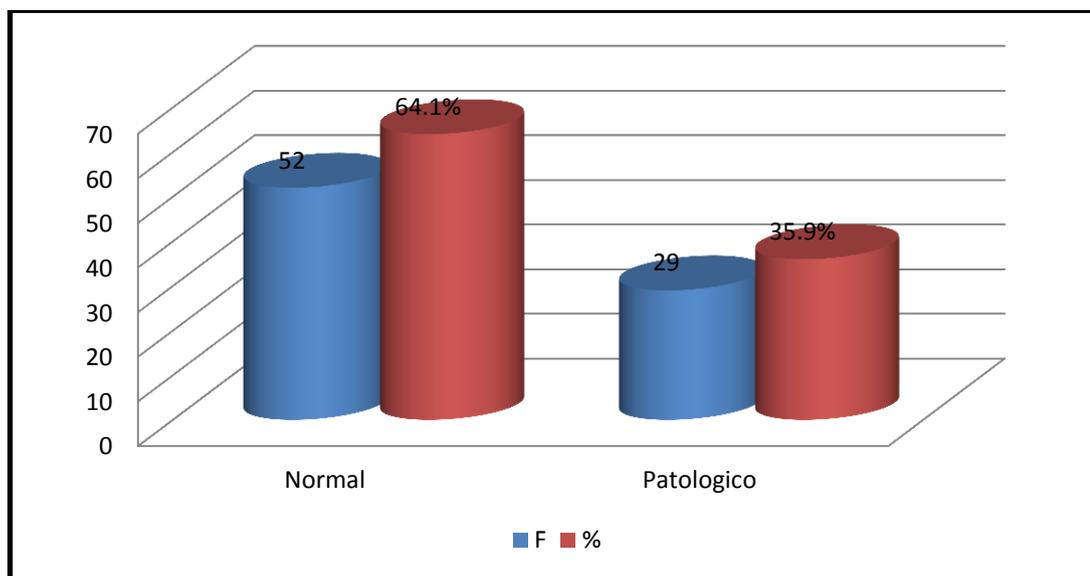
ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 15 de las 81 embarazadas encuestadas, 28 embarazadas que equivale el 34.6% tiene su encía **NORMAL**; 53 embarazada que corresponden al 65.4% que presenta **PATOLOGÍA** en su encía.

GRAFICUADRO N° 16

HALITOSIS

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	52	64.1
Patológico	29	35.9
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

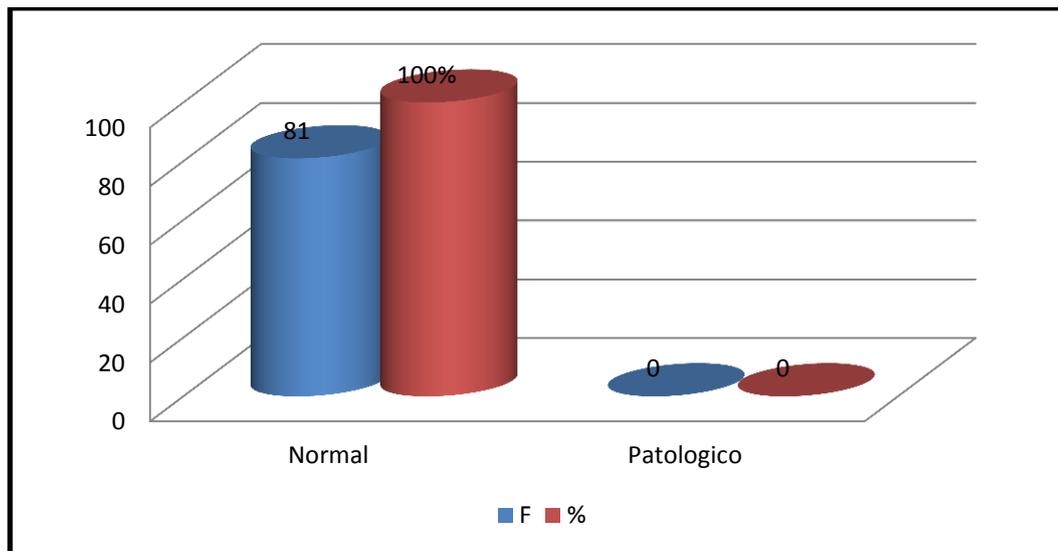
ELABORADO POR: Luis Hinostroza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 16 de las 81 embarazadas encuestadas, 52 embarazadas que equivale el 64.1% tiene **HALITOSIS**; 29 embarazada que corresponden al 35.9% que presenta **HALITOSIS**.

GRAFICUADRO N° 17

GRANULOMA

ALTERNATIVAS	F	%
Normal	81	100
Patológico	0	0
Total	81	100



FUENTE: Ficha clínica realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

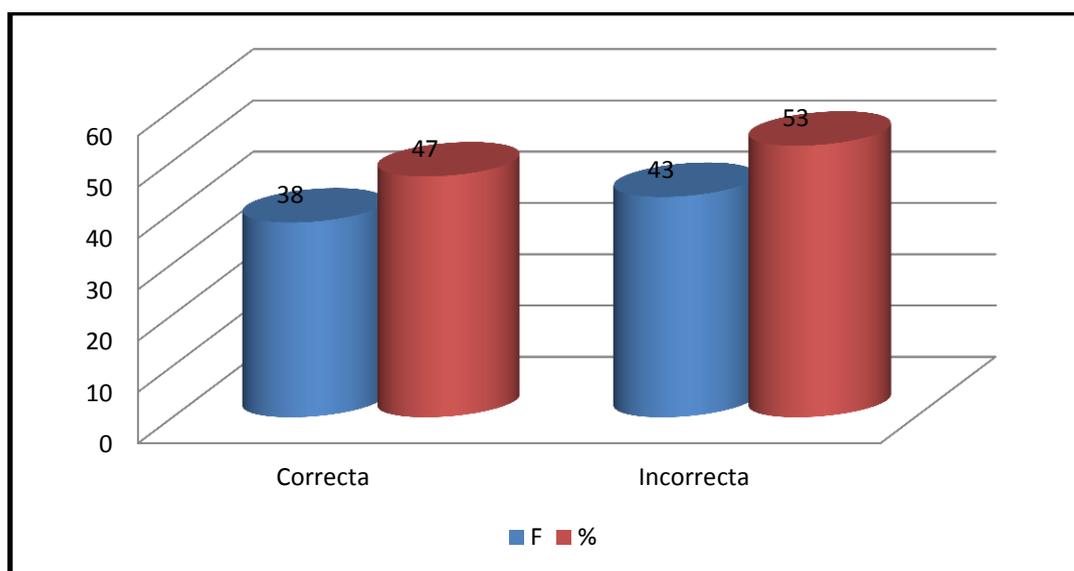
INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 17 de las 81 embarazadas encuestadas, 81 embarazadas que equivale el 100% no tiene **GRANULOMA**; 0 embarazada que corresponden al 0% que presenta **GRANULOMA**.

7.1.3 RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL DPTO. ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA.

GRAFICUADRO N° 1

TECNICA DE CEPILLADO DENTAL

ALTERNATIVAS	F	%
Correcta	38	47
Incorrecta	43	57
Total	81	100



FUENTE: Ficha de observación realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostroza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

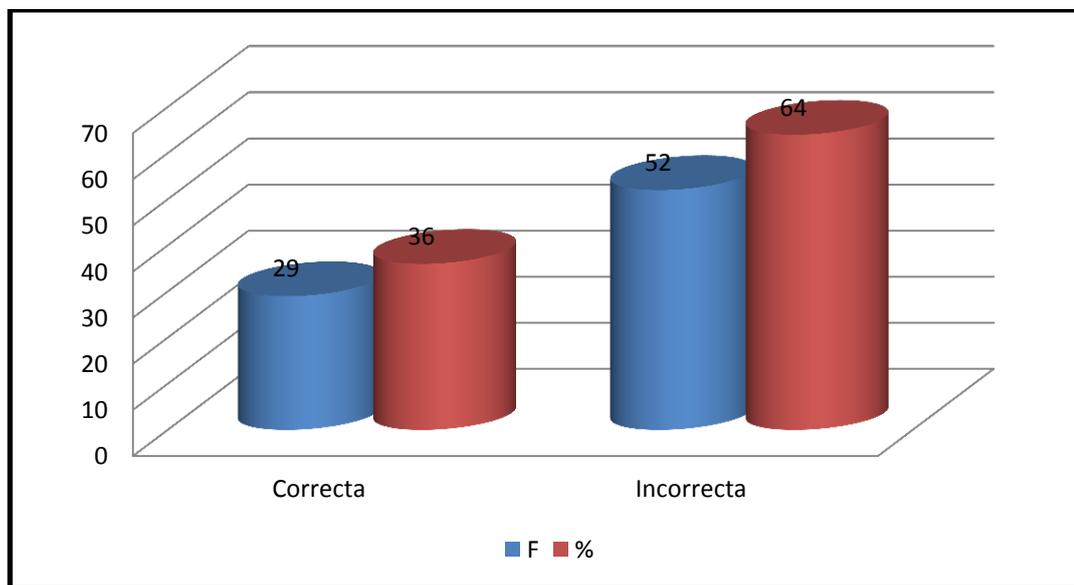
INTERPRETACIÓN: En el grafico N°. 1 de las 81 embarazadas encuestadas, 38 embarazadas que equivale el 47% que tiene un **CORRECTO** cepillado; 43 embarazada que corresponden al 53% que tienen un **INCORRECTO** cepillado.

El Dr. Pedro Barreda en la pagina www.pediatraldia dice “...Han de cepillarse todas y cada una de las piezas dentales, por su cara externa, desde la encía y con un movimiento vertical de barrido, tanto para los dientes inferiores como para los superiores...” teniendo como resultado que el 47% se cepilla los dientes de manera correcta.

GRAFICUADRO N° 2

TECNICA DEL HILO DENTAL

ALTERNATIVAS	F	%
Correcta	29	36
Incorrecta	52	64
Total	81	100



FUENTE: Ficha de observación realizada a las embarazadas que asisten al departamento Odontológico del “Hospital Regional Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

ELABORADO POR: Luis Hinostrza Benalcázar y Katty Sánchez Grisales.

INTERPRETACIÓN: En el gráfico N°. 2 de las 81 embarazadas encuestadas, 38 embarazadas que equivale el 36% que tienen un **CORRECTO** manejo del hilo dental; 43 embarazada que corresponden al 53% que tienen un **INCORRECTO** manejo del hilo dental.

Según el Dr. Pedro Barreda en la pagina www.pediatraldia.com. “...Se debe tensar un trozo de unos 2 a 3 cm de hilo dental utilizando los dedos pulgares y los índices. Introducir el hilo entre los dientes con un suave movimiento de sierra...” por los resultados obtenidos el 36% lo realiza de manera correcta.

7.2 CONCLUSIONES

- ▶ Se ha concluido que de las 81 pacientes encuestadas 67 embarazadas acuden a la consulta odontológica, solo cuando la ginecóloga las remite.
- ▶ En cuanto a los medios auxiliares que deberían usar para su higiene oral las gestantes solo el 17.2% de las embarazadas utilizan enjuague bucal, y el 11.1% utilizan hilo dental.
- ▶ La resequedad bucal ha sido uno de los principales problemas encontrado en las embarazadas, 68% que corresponde a 55 encuestadas presentaron resequedad en su boca durante su periodo de gestación.
- ▶ El 33.3% que corresponde a 27 embarazadas encuestadas han observado que sus encías sangran y un 29.7%, que equivale a 24 embarazadas respondieron que sangran sus encías cuando se cepillan los dientes.
- ▶ La halitosis se ha presentado en un 55.6% de las embarazadas, que equivale a 45 encuestadas que señalaron tener mal aliento desde que inicio su periodo de embarazo.
- ▶ Se observo que de las 81 embarazadas 43 pacientes presentaron cálculo en sus piezas dentales.

- ▶ 69 embarazadas presentaron caries en el momento de realizarles el odontograma.
- ▶ 44 embarazadas que equivale al 22.8% consume frutas acidas, 46 que corresponde al 43.8 % consumen helados y 28 gestantes que corresponde al 14.5% toman cola.
- ▶ Durante el registro de observación se comprobó un gran porcentaje de las embarazadas no aplicaron la correcta técnica del cepillado dental 43 de ellas que equivale al 57% realizo un cepillado incorrecto y 38 embarazadas que corresponde a 47% lo hicieron de forma correcta, a igual forma en la técnica del hilo dental solo el 36% que corresponde a 29 embarazadas de las 81 lo realizaron de forma correcta.
- ▶ Se ha determinado que la presencia de afecciones bucodentales en las embarazadas se debe a ciertos factores, deficiente higiene bucal, malos hábitos alimenticios y la falta de conocimientos de métodos de prevención.

7.3 RECOMENDACIONES

- ▶ Promover visitas odontológicas por lo menos cada trimestre del embarazo y de forma voluntaria por parte de las pacientes.
- ▶ El hilo dental y el enjuague bucal deberían ser complementos en la higiene dental de las embarazadas.
- ▶ Se recomienda que el personal de salud del departamento odontológico explique a las embarazadas técnicas de cepillado dental y el correcto uso del hilo dental y enjuague bucal.
- ▶ Se recomienda dar charlas educativas por parte del Dpto. odontológico para que de esta manera mantengan una alimentación balanceada, que no sea rica en carbohidratos y azúcares.
- ▶ Incentivar a las embarazadas a una correcta higiene oral que constituye el factor importante para evitar la caries, placa, cálculo y gingivitis
- ▶ La paciente debe comunicarle a la odontóloga los medicamentos que está tomando y cualquier otra información sobre su salud que pueda ayudar a identificar una solución para su sequedad oral.

BIBLIOGRAFÍA

ARANCETA Bartina Javier. Nutrición Comunitaria. Edición: 2. Elsevier España, 2001. Pág. 26

BARRIOS M. Gustavo. Odontología. Tomo 1. Editar Ltda. Colombia 2004. Pág. 306, 307, 309 261, 263, 267, 284,285.

CENTROS HOSPITALARIOS de Alta Resolución de Andalucía (chares). Temario Específico de Técnico Especialista de Laboratorio. Vol. 1. Publicado por MAD-Eduforma 2002. Pág. 313

CASTROVERDE José de Lletor. Compendio de Higiene Pública y Pribada. Publicaciones A. Olivia, septiembre 2008

CUENCA Sala Emili. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Edición. 3. Edit. Elsevier España, 2007. Pág. 63-65,71-73

FERRO Camargo María B. Gómez Guzmán Mauricio. Fundamentos de Odontología. Edición nº 2. Edit. Pontifica Universidad Javeriana Facultad de Odontología. 2007 Pág. 170, 171 ,176- 179. 214

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

HERAZO Acuña Benjamín. Clínica del Sano en Odontología. Publicado por ECOE ediciones, 2004. Pág. 204

J. PHILIP Sapp, L R Eversole, George P. Wysocki. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Edición: 2. Elsevier España, 2005. Pág. 253-255, 383, 253-255,211, 212

J. SALAS Salvador. Nutrición y Dieta. Edición N° 2 Editorial Elzevir España, 2008

JURRO Martin A., Cano Pérez J. F. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica. Edición 5, Edit. Elsevier España 2003. Pág. 1543,1544, 1532,1533.

JAN Lindhe, Thorkild Karring. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Edición N° 3. Edit. Medica Panamericana España 2001. Pág. 128, 129, 134,353. 444,445

JOHN C. Morrison. Parto Prematuro: Predicción y Tratamiento. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas del norte de América 2005 - Editorial Elsevier – España

KUMAR Vinay, Abbas Abulk, Fausto Nelson. Patología Estructural y Funcional. VII Edición. Edit. Elsevier España 2005. Pág. 780

KARRING. Periodontología clínica e Implantología odontológica. Edición N° 3. Edit. Medica Panamericana España 2001. pág. 362,363

LASKARIS George. Atlas de enfermedades orales. Edit. Elsevier España, 2005. Pág. 130

LÓPEZ S. Antonio, Gonzales R. Elena. Conceptos básicos de odontoestomatología para el médico de atención primaria. Edit. Elsevier España, 2001. Pág. 135

MATARESE Laura E, Gottschlich Michele M. Nutrición Clínica Práctica. Edición 2, ilustrated. Edit. Elsevier España, 2004. Pág. 371

ROGER P. Smith, Frank Netter. Netter Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer. Editorial Elzevir España, 2004

RODRÍGUEZ Gonzales Franklin. Enfoque Odontológico 2006. Revista del Colegio de Odontólogos de El Oro. Pág. 21

REQUEJO M. Ana, Ortega A. Rosa. Nutriguía: Manual de nutrición clínica en atención primaria. Edición, Ilustrated. Publicado por Edit. Complutense, 2000. Pág. 180, 181

STUART C. Whinte. Radiografía Oral, Principios e Interpretación. Edición N° 4. Editorial Elzevir España, 2002. Pág. 252

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

<http://www.bebesmundo.com/dientes-sanos-durante-el-embarazo/>

http://espanol.pregnancy-info.net/pregnancy_first_trimester.html

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spansh/ency/article/001049/.htm

www.uaa.mx/sitios/umd/isalud.htm

<http://www.gerenciasalud.com/EMBARAZO03.htm>

[http://.www.javascript:irapunto\(o\)](http://.www.javascript:irapunto(o))

www.sdpt.net/CAR/controlquimicoplacabacteriana.htm

http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/embarazo_y_lactancia

<http://mujer.terra.es/muj/articulo/html/mu29253.htm>

http://www.pediatraldia.cl/como_cepillarse.htm

<http://www.celiacos.com>

**PROPUESTA
ALTERNATIVA**

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

“CAPACITACIÓN ODONTOLÓGICA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD BUCO-DENTAL DE LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL VERDI CEVALLOS BALDA DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO”

ENTIDAD EJECUTORA

Departamento de odontología del Hospital Regional Verdi Cevallos Balda

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

Tipo social de orden educativo

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

Esta localización es con respecto a la ubicación geográfica de Portoviejo:

Al Norte: Calle Eloy Alfaro.

Al Sur: Calle 10 de Marzo

Al Este: Callejón María Auxiliadora.

Al Oeste: Calle Rocafuerte.

Parroquia Portoviejo, cantón Portoviejo, Portoviejo de Manabí.

2.- JUSTIFICACIÓN

Por los resultados obtenidos en la investigación se puede apreciar que las embarazadas encuestadas tienen una deficiente higiene bucal basada en el desconocimiento de los implementos de higiene bucal existentes y el uso indicado de los mismos; también existe una ignorancia de los problemas buco-dentales que son producto de la falta de higiene oral en las embarazadas; además de estos factores, existe poco interés en asistir a la consulta voluntaria por parte de las pacientes.

Esta propuesta beneficiará de manera directa a las embarazadas, ya que van a contar con conocimientos que podrán aplicar para mejorar su salud oral y de esta manera disminuir las enfermedades buco dentales como caries, gingivitis entre otros.

3.- MARCO INSTITUCIONAL

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

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

Se realizaron algunas gestiones para la creación de un nuevo Hospital, con más capacidad, personal, etc. En 1970 se realizó la nueva construcción de dicho

Hospital, siendo su ubicación las calles 12 de Marzo y Rocafuerte.(actuales hasta el momento).

Dentro de la cual han pasado un sin número de directores (44), siendo en la actualidad el Dr. Jhonny Merchán quiñones y la Sud-Directora la Dra. Carmen Campusano de Jaramillo.

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

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

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

En esta área las consultas son gratuitas, la prioridad de este departamento son lo hospitalizados, embarazadas, niños menores de 5 años, programas escolares.

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

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud Buco-dental que afecta a las embarazadas que asisten al departamento odontológico del hospital regional Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo”

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Educar a las embarazadas mediante charlas que permitan a las pacientes tener conocimiento de la importancia de su salud buco-dental.
- ✓ Incentivar a las pacientes embarazadas para que acudan de manera voluntaria a la consulta odontológica.
- ✓ Dar a conocer a las pacientes del uso correcto de los implementos de higiene mediante una gigantografía que será entregada al departamento odontológico del hospital regional Verdi Cevallos balda de la ciudad de Portoviejo.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Tomando en consideración que existe poco conocimiento de los problemas buco-dentales que pueden existir durante el embarazo en las pacientes que asisten al departamento odontológico del hospital regional Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo, esta propuesta está encaminada en mejorar la salud buco-dental de las embarazadas; por medio de charlas odontológicas sobre temas de prevención como: técnicas de cepillado, uso del hilo dental, enjuague bucales y conocimientos básicos sobre los tipos de enfermedades buco-dentales que pueden aparecer durante el periodo de gestación.

Los resultados de esta propuesta están basadas en textos, internet y en la experiencia propia, la misma que proporcionara a las embarazadas información científica que fortalecerá sus conocimientos y las incentivara a mantener en buen estado su cavidad oral.

La duración de esta propuesta es de 5 meses que van desde el mes de Junio a Octubre del 2009. La misma que será dividida en dos fases; la primera que será de 2 meses y la segunda de 3 meses.

6. BENEFICIARIOS

Las beneficiarias serán las embarazadas que asistan al departamento odontológico del hospital regional Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

El proyecto contara de dos etapas, la primera se llevara a cabo en dos meses y la segunda etapa en tres meses.

Primera Etapa.- La primera etapa se lleva a cabo en los meses de Junio y julio de 2009. Realizaremos el cronograma para las charlas educativas que están encaminadas a dar a conocer a las embarazadas de los problemas buco-dentales existentes en el periodo de gestación. También incentivaremos a las asistentes para realizarse las respectivas consultas odontológicas durante su periodo de gestación.

Se entregara al departamento odontológico del hospital regional Verdi Cevallos Balda, una gigantografía ilustrativa sobre higiene oral, que sirva para difundir la correcta higiene oral en las embarazadas.

Segunda Etapa.- La segunda etapa que será realizada en los meses de Agosto, Septiembre y Octubre de 2009. Se dictaran charlas a las embarazadas sobre los una alimentación adecuada, consejos para una buena salud oral e implementos de higiene que existen para el cuidado de la salud buco-dental. Asimismo se educara a las gestantes sobre como cepillarse los dientes, uso correcto del hilo dental, e incentivación a las embarazadas a la consulta odontológica.

Además se hará la entrega de trípticos que servirán como material de apoyo para las charlas.

También se entregará a las embarazadas cepillos de dientes para contribuir a su higiene dental.

8.- CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Primera Etapa

Actividades de la Primera Etapa	Meses							
	Junio				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Reunión con la Odontóloga del departamento para programar las Charlas educativas	X							
Charlas para dar a conocer los problemas buco-dentales en las embarazadas				X				
Entrega de material de apoyo al departamento odontológico del hospital regional Verdi Cevallos Balda							X	

Segunda Etapa

Actividades de la Segunda Etapa	Meses											
	Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Charlas para dar a conocer los implementos de higiene existentes y técnica de cepillado dental	X	X										
Charlas para incentivar a la consulta odontológica y la entrega de trípticos a las embarazadas					X	X						
Práctica de cepillado dental con las mujeres gestantes que asisten a la consulta odontológica							X	X				
Entrega de implementos de higiene bucal a las embarazadas									X	X		

9.- PRESUPUESTO DEL PROYECTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
					AUTO GESTION
Papelotes	5	Unidad	0.20	1.00	1.00
Trípticos	100	Unidad	0.03	30.00	30.00
Digitación	10	Páginas	0.35	3.50	3.50
Gigantografía	1	Unidad	35.00	35.00	35.00
Cepillos Dentales	5	Docena	1.90	9.50	9.50
Hilo Dental	3	Unidad	0.80	2.40	2.40
Enjuague Bucal	2	Unidad	1.50	4.50	4.50
Revelado de Fotos	10	Unidad	0.50	5.00	5.00
Subtotal				90.90	90.90
Imprevistos 10% del gasto total				<u>9.90</u>	<u>9.90</u>
Total				100.80	100.80

10. SOSTENIBILIDAD

Esta propuesta es sostenible porque contamos en el tiempo y los medios económicos necesarios para realizarla. Además tenemos el apoyo de la odontóloga del departamento de Odontología del hospital Verdi Cevallos Balda quien nos acompañara en las charlas educativas.

A si mismo existe el interés por parte de las mujeres gestantes en aprender a mejorar su salud bucal por medio de la educación y las respectivas practicas que realizaremos.

Contamos también con el apoyo logístico que se encuentra en el departamento de Odontología del hospital Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo.

Además con el material visual que será entregado en el departamento de Odontología del hospital Verdi Cevallos Balda futuras generaciones de embarazadas se beneficiaran de esta propuesta.

11. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

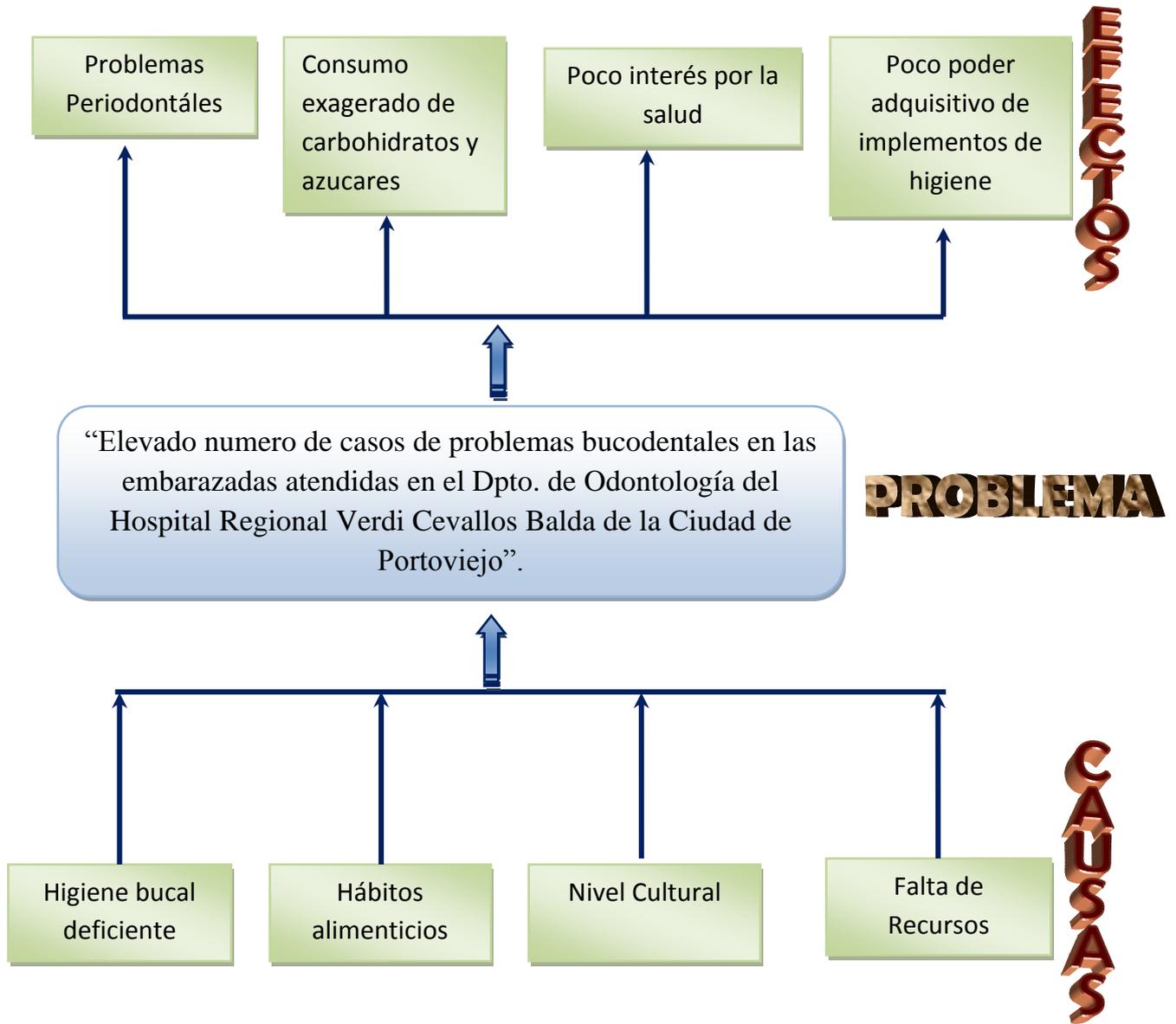
Esta propuesta será financiada en su totalidad por los autores de la misma.

ANEXOS

ANEXO

1

ÀRBOL DEL PROBLEMA



PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	CANT.	V.U.	COSTO TOTAL	EXISTE	A.FINANCIAR	FUENTE
Desarrollo del Marco Teórico	Materiales copias Xerox	246	0.02	4.92	NO	4.92	Autores
	Horas de procesador de palabras	100	0.60	60.00	Si		Autores
	Internet por hora	20	1.50	30.00	No	30.00	Autores
	transporte	10	1.50	15.00	No	15.00	Autores
	Memory	2	30.00	60.00	SI		Autores
Investigación de campo	Hoja de encuesta original	1	0.25	0.25	No	0.25	Autores
	Copias de la encuesta	90	0.02	1.80	No	1.80	Autores
	Hoja de la ficha odontológica original	1	0.25	0.25	No	0.25	Autores
	Copias de la ficha odontológica	90	0.02	1.80	No	1.80	Autores
	Transporte	6	1.50	9.00	No	9.00	Autores
Tabulación de datos	Tabulación de datos	30	0.25	7.50	No	7.50	Autores
	Lápiz	2	0.30	0.60	No	0.60	Autores
	Esferográficos	2	0.80	1.60	No	1.60	Autores
	Resaltador	2	1.00	2.00	No	2.00	Autores
	Corrector	1	1.00	1.00	No	1.00	Autores
Evaluación de propuesta	Hojas bond	20	0.02	0.40	No	0.40	Autores
	Horas de procesador de palabras	20	0.60	12.00	Si		Autores
Redacción de la tesis	Hojas bond	130	0.02	2.60	si		Autores
Redacción de tesis	Horas de procesador de palabras	100	0.60	60.00	Si		Autores
	Tinta a color	2	27.00	54.00	No	54.00	Autores
	Tinta negra	2	19.00	38.00	No	38.00	Autores
Presentación de tesis	Anillado	3	1.50	4.50	No	4.50	Autores
	Copias Xerox	130	0.02	2.60	No	2.60	Autores
Sustentación privada	Humano docente	****	****	****	****		Autores
Elaboración definitiva de la tesis	Hojas bond resma	2	4.50	9.00	No	9.00	Autores
	Tinta negra	2	19.00	38.00	No	38.00	Autores
	Tinta a color	2	27.00	54.00	No	54.00	Autores
	Procesador de palabras	100	0.60	60.00	Si		Autores
Presentación de ejemplares	Empastado	4	3.50	14.00	No	14.00	Autores
	CD	2	1.00	2.00	No	2.00	Autores
	Especies valoradas	1	1.60	1.60	No	1.60	Autores
Total						293.82,=	

ANEXO 2

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS EMBARAZADAS QUE ASISTEN A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA DEL HOSPITAL REGIONAL “VERDI CEVALLOS BALDA” DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO

Fecha

Nombre del paciente Edad

Domicilio Telf.

ESTIMADA PACIENTE

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

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

PREVENCIÓN

1.- ¿Ha observado alguna anomalía en su cavidad bucal?

Si No

2.- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes

Tres veces al día Dos veces al día Una vez al día Ninguna vez

3.- ¿Utiliza usted enjuagues bucales?

Siempre Una vez al día Una vez al mes Nunca

4.- ¿Con que frecuencia utiliza usted el hilo dental?

Siempre Una vez al día Una vez al mes Nunca

5.- ¿Con que frecuencia acude usted al odontólogo?

Cada mes Solo cuando la ginecóloga me envía

PROBLEMAS BUCODENTALES

6.- ¿Ha sentido ásperos los dientes?

Si durante mi embarazo No

7.- ¿Ha sentido resequeza en su boca?

Si durante mi embarazo Nunca

8.- ¿Durante su embarazo ha tenido salivación excesiva?

Si No

9.- ¿Ha sentido alguna molestia en su boca durante el embarazo?

Ardor en las encías Ardor en la lengua Ardor en los labios Ninguna de las anteriores

10.- ¿Durante su embarazo ha observado una carnosidad roja en sus encías?

Si No

11.- ¿Ha observado llagas en sus labios?

Si durante mi embarazo Nunca

12.- ¿Ha observado que sus encías sangran?

Si No Solo cuando me cepillo los dientes

13.- ¿Siente sus encías inflamadas?

Si desde mi embarazo Nunca A veces

14.- ¿Siente usted que tiene mal aliento desde que inicio su embarazo?

Si No

15.- ¿Ha sentido Ud. dolor en algún diente?

Si No Cuando como

16.- ¿Ha observado manchas rojizas en su lengua?

Si durante mi embarazo Nunca

NUTRICIÓN

17.- ¿Su alimentación en el desayuno se basa en?

Arroz		Leche		Café	
Huevos		Queso		Frutas	
Pan		Plátano		Encebollado	

18.- ¿Su alimentación en el almuerzo se basa en?

Caldo		Carne		Encebollado	
Arroz		menestra		Frutas	
pollo		Fideos		Pescado	
Cola		J. natural		Ceviche	

20.- ¿Que ingiere usted entre comidas?

ANTOJOS		
Chocolates		Frutas acidas
Galletas		Cola
Helados		Ají

19.- ¿Su alimentación en la merienda se basa en?

Arroz		Plátano		Pescado	
Café		Pollo		Carne de res	
Colada		Leche		Mantequilla	
Pan		Roscas		Menestras	

Gracias



Universidad
San Gregorio
de Portoviejo

N° de Historia Clínica.....



“UNIVERSIDAD PARTICULAR SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO”

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

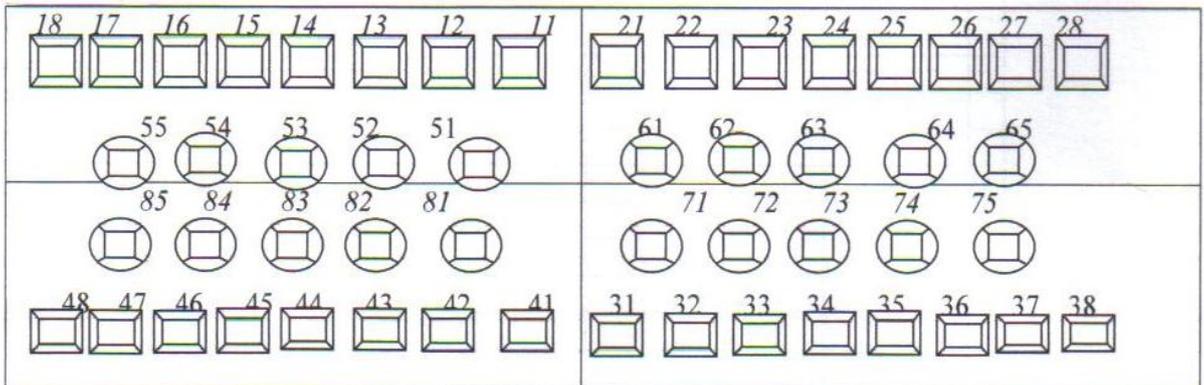
Ficha clínica para determinar los problemas bucodentales en las embarazadas que asisten al departamento de odontología del Hospital “Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo.

Fecha.....

Nombre del Paciente:.....Edad:.....

Meses de Embarazo:.....Domicilio:.....Telf.....

ODONTOGRAMA



HALLAZGOS CLÍNICOS

	Normal	Patológico
Labios		
Mejillas		
Maxilar Sup.		
Maxilar Inf.		
Lengua		
Paladar		
Piso de la boca		
Carrillos		
Encía		
Halitosis		
Granuloma		

INDICADORES DE SALUDBUCAL

Higiene Oral Simplificada				Placa 0-1-2-3	Cálculo 0-1-2-3	Gingivitis 0-1
Piezas Dentales						
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
Totales						

Índice CPO

D	C	P	O	Total

FICHA DE OBSERVACIÓN

NOMBRES	No.	TECNICA DE CEPILLADO		TECNICA DE HILO DENTAL	
		CORRECTO	INCORRECTO	CORRECTO	INCORRECTO
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	25				
	26				
	27				
	28				
	29				
	30				
	31				
	32				
	33				
	34				
	35				
	36				
	37				
	38				
	39				
	40				
	41				
	42				
	43				
	44				
	45				
	46				
	47				
	48				
	49				
	50				
	51				
	52				
	53				
	54				
	55				
	56				
	57				
	58				
	59				
	60				
	61				
	62				
	63				
	64				
	65				
	66				
	67				
	68				
	69				
	70				
	71				
	72				
	73				
	74				
	75				
	76				
	77				
	78				
	79				
	80				
	81				
		TOTAL			

ANEXO 3



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

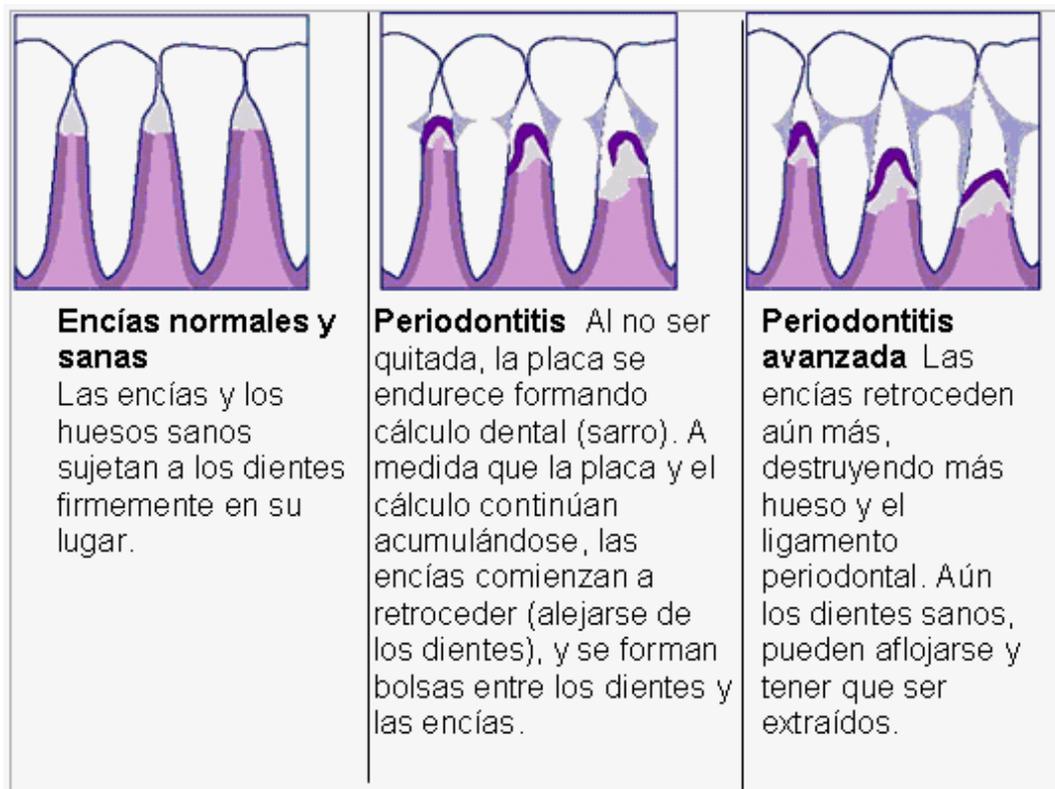


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 10

ANEXO 4

Portoviejo, 19 de Mayo del 2009

Sra. Doctora

Cecilia Fernández de Peñaherrera.

**ODONTOLOGA DEL "HOSPITAL REGIONAL VERDI CEVALLOS BALDA"
DE LA CIUDAD DE PORTOVIEJO**

Ciudad.-

De nuestras consideraciones:

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

Agradecidos por la atención prestada:



Katty Biviana Sánchez Grisales

EGRESADA



Luis Eduardo Hinostroza Benalcázar

EGRESADO



Dra. Nelly San Andrés Plúa

DIRECTORA DE TESIS

Hospital Provincial de Portoviejo
"DR. VERDI CEVALLOS BALDA"

Dra. Cecilia de Peñaherrera
DPTO. DENTAL

REALIZACIÓN DE LAS FICHAS CLINICAS



ENCUESTAS REALIZADAS A LAS EMBARAZADAS



REALIZACIÓN DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN



CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE TECNICAS DE HIGIENE BUCAL



ENTREGA DE GIGANTOGRAFÍA AL DPTO. ODONTOLÓGICO DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA

