



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESIS DE GRADO

TEMA

“CULTURA PREVENTIVA ORAL Y ENFERMEDADES
PERIODONTALES EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL
SUBCENTRO MEJÍA”.

PROPUESTA ALTERNATIVA

AUTORAS

GINES PALMA ELIANA NATALY.
GUERRERO PONCE MARITZA LORENA.

DIRECTOR DE TESIS

DR. MANUEL CHAPLE LA HOZ

PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

2011

Portoviejo – Manabí- Ecuador

2011



CERTIFICACIÓN

Dr. Manuel Chaple La Hoz, certifica que la tesis de investigación titulada:

**“CULTURA PREVENTIVA ORAL Y ENFERMEDADES
PERIODONTALES EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL
SUBCENTRO DE SALUD MEJÍA “PERIODO SEPTIEMBRE
2010- FEBRERO 2011**

Es original de las egresadas: GINES PALMA ELIANA NATALY Y
GUERRERO PONCE MARITZA LORENA la misma que ha sido realizada
bajo mi dirección.

.....
Dr. Manuel Chaple La Hoz

DIRECTOR DE TESIS



CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“CULTURA PREVENTIVA ORAL Y ENFERMEDADES
PERIODONTALES EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL
SUBCENTRO DE SALUD MEJÍA “**

PROPUESTA ALTERNATIVA

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

.....

Dra. Gladys Vaca

PRESIDENTA

.....

Dr. Manuel Chaple la Hoz

DIRECTOR DE TESIS

.....

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....

Abg. Ramiro Molina Cedeño

SECRETARIO ACADÉMICO

DEDICATORIA

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

Dedico este trabajo a DIOS, por permitirme alcanzar este propósito e iluminar mi camino en los buenos y malos momentos; cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, Lorgio y Filerma, por brindarme todo su apoyo, amor, cariño y consejos. Ya que me enseñaron a encarar todas las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento; quienes con sus ejemplos de vida me han enseñado que la única manera de alcanzar la felicidad es trabajar por el bienestar de quienes amamos.

A mis hermanos; Kenner, Vanessa y Eileen, ya que con su amor me han enseñado a salir adelante. Gracias por su paciencia, por preocuparse por mí y sobre todo gracias por estar en otro de los momentos más importantes de mi vida.

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

Eliana Nataly

DEDICATORIA

El sacrificio la dedicación y los esfuerzos nos orientan al triunfo y muchas otras virtudes que nos fortalecen como personas de bien. Estas virtudes se las adquiere de las personas que nos rodean y aportan diariamente ese impulso motivador que nos permite descubrir lo maravilloso que es la vida.

Dedico este trabajo a Dios, por permitir alcanzar este propósito por iluminarme el camino a seguir y que siempre está conmigo en los buenos y malos momentos, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres Diocles y Ana por su comprensión y ayuda en los momentos más necesitados. Que me han enseñado a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad sin decaer en el intento.

A mi familia, por la paciencia y confianza que depositaron en mí, por permanecer a las expectativas de mis estudios.

Gracias de todo corazón por formar parte de este triunfo.

Los quiero mucho....

Maritza Guerrero

AGRADECIMIENTO

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

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

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

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

A todas las personas que laboran en el Subcentro de Salud “Mejía” en especial a la Dra. Sara Apolinario y a la Lcda. Yelena Linzán por permitirnos realizar nuestra investigación en dicho Subcentro.

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

A todos mil gracias.....

Eliana y Maritza

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	i
ANTECEDENTES	iii
GENERAL	Págs.
CAPÍTULO I	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
CAPÍTULO II	
2. JUSTIFICACIÓN	3
CAPÍTULO III	
3. OBJETIVOS	4
3.1. OBJETIVO GENERAL	4
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
CAPÍTULO IV	
4. HIPÓTESIS	5
CAPITULO V	
5. MARCO TEÓRICO	6
5.1. MARCO INSTITUCIONAL	6
5.1.2 DATOS DEL NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD “MEJÍA.”	7
5.2. CULTURA PREVENTIVA ORAL	7
5.2.1 MEDIDAS PREVENTIVAS	8
5.2.1.1 MOTIVACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO	9
5.2.1.2 ANÁLISIS DIETÉTICO EN LA DIABETES	10
5.2.1.3 HIGIENE BUCAL	12
5.2.1.3.1 CONCEPTO	12
5.2.1.3.2 IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE BUCAL	12

5.2.1.3.3 PATOLOGÍAS BUCALES CAUSADAS POR EL DÉFICIT DE HIGIENE BUCAL	13
5.2.1.4 EL CEPILLO DENTAL	14
5.2.1.4.1 CARACTERÍSTICAS DEL CEPILLO	14
5.2.1.4.2 TIPOS DE CEPILLOS DENTALES	15
5.2.1.4.3 TÉCNICAS DE CEPILLADO	16
5.2.1.4.3.1 TÉCNICA ROTACIONAL	16
5.2.1.4.3.2 TÉCNICA DE BASS	17
5.2.1.4.3.3 TÉCNICA DE CHARSTERS	18
5.2.1.4.3.4 TÉCNICA DE STILLMAN	18
5.2.1.5 FRECUENCIA DEL CEPILLADO	19
5.2.1.5.1 DURACIÓN DEL CEPILLADO	19
5.2.1.5.2 CEPILLADO LINGUAL	19
5.2.1.6 DENTÍFRICOS	20
5.2.1.6.1 IMPORTANCIA DEL DENTÍFRICO	20
5.2.1.7 HILOS DENTALES	20
5.2.1.7.1 TIPOS DE HILOS DENTALES	21
5.2.1.7.2 TÉCNICA DE USO DEL HILO DENTAL	21
5.2.1.8 USO DE ENJUAGUES O COLUTORIOS BUCALES	22
5.2.1.8.1 TIPOS DE ENJUAGUES BUCALES	23

5.2.1.8.2 FRECUENCIA DEL USO DE ENJUAGUES BUCALES	23
5.2.1.9 CLORHEXIDINA	24
5.2.1.10 PROFILAXIS DENTAL	25
5.2.1.11 FLÚOR	26
5.2.1.11.1 VÍAS DE APLICACIÓN DEL FLÚOR	27
5.2.1.11.2 MÉTODOS PARA LA APLICACIÓN DE FLÚOR	28
5.3. DIABETES	29
5.3.1 CONCEPTO DE DIABETES	29
5.3.1.1 CAUSAS DE LA DIABETES	30
5.3.2. CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES	30
5.3.2.1 TIPO 1 INSULINODEPENDIENTE O JUVENIL	30
5.3.2.2 TIPO 2 NO INSULINODEPENDIENTE O DEL ADULTO	31
5.3.2.3 TIPO 3 DIABETES GESTACIONAL.	31
5.3.4 DIAGNÓSTICO	32
5.3.4.1 FACTORES DE RIESGO	33
5.3.4.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS	33
5.3.4.3 COMPLICACIONES DE LA DIABETES	34
5.3.5 CONSIDERACIONES PARA TRATAR PACIENTES DIABÉTICOS	35
5.3.6 TRATAMIENTO	36
5.3.6.1 INSULINA	36
5.3.6.2 IMPORTANCIA DE UN BUEN CONTROL DE LA DIABETES	37

5.3.7 LA DIABETES Y EL PERIODONTO	37
5.3.7.1 EL PACIENTE DIABÉTICO EN LA CONSULTA DENTAL	38
5.3.7.2 CUIDADO DENTAL QUE DEBE MANTENER EL PACIENTE DIABÉTICO	39
5.3.7.3 CARACTERÍSTICAS BUCALES EN PACIENTES DIABÉTICOS	39
5.3.8 ENFERMEDAD PERIODONTAL	41
5.3.8.1 INTRODUCCIÓN	41
5.3.8.2. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	41
5.3.8.3 PLACA BACTERIANA	42
5.3.8.3.1 CLASIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA	43
5.3.8.4 CÁLCULO DENTARIO	44
5.3.8.4.1 CLASIFICACIÓN DEL CÁLCULO DENTAL	44
5.3.9. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	44
5.3.9.1 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	45
5.3.9.2 GINGIVITIS	45
5.3.9.2.1 DEFINICIÓN	45
5.3.9.2.2 MICROBIOLOGÍA	46
5.3.9.2.3 ETIOLOGÍA DE LA GINGIVITIS	46
5.3.9.2.4. SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	47
5.3.9.2.5. TIPOS DE GINGIVITIS	48
5.3.9.2.6. EFECTOS	50
5.3.9.2.7. TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS	50

5.3.9.3 PERIODONTITIS	51
5.3.9.3.1 DEFINICIÓN	51
5.3.9.3.2. ETIOLOGÍA DE LA PERIODONTITIS	51
5.3.9.3.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	51
5.3.9.3.4 EFECTOS	52
5.3.9.3.5 TIPOS DE PERIODONTITIS	52
5.3.9.4. FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	55
5.3.9.5 TRATAMIENTO	55
5.3.9.5.1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	56
5.3.9.5.2 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	57
5.3.9.5.3 TRATAMIENTO DENTAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO	59
5.3.10 HALITOSIS	60
5.3.10.1 DEFINICIÓN	60
5.3.10.2 MICROBIOLOGÍA	60
5.3.10.3 ETIOLOGÍA DE LA HALITOSIS	61
5.3.10.4 TIPOS DE HALITOSIS	66
5.3.10.5 DIAGNÓSTICO DE LA HALITOSIS	67
5.3.10.6 TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS	67

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

6.1. MÉTODO

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN	69
6.1.2 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	69
6.1. TÉCNICAS	70
6.1.4 INSTRUMENTOS	70
6.1.5 RECURSOS	70
6.1.5.1 TALENTO HUMANO	70
6.1.5.2 RECURSOS MATERIALES	70
6.1.5.3 RECURSOS ECONÓMICOS	71
6.1.5.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS	71
6.1.6 POBLACIÓN	71

CAPÍTULO VII

7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS.	72
7.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS OBSERVACIONES CLÍNICAS	106
7.3. CONCLUSIONES	126
BIBLIOGRAFÍA	127
PROPUESTA ALTERNATIVA	

ANEXOS

ÍNDICE DE GRAFICUADROS

	Págs.
7.1. ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DIABETICOS	72
GRAFICUADRO #1	72
¿Cada que tiempo asiste a una consulta odontológica?	72
GRAFICUADRO #2	74
¿Por qué no asiste a la consulta odontológica?	74
GRAFICUADRO # 3	76
¿Qué hábitos de higiene bucal aplica usted?	76
GRAFICUADRO # 4	78
¿Por qué cree usted que debe tener una buena salud bucal?	78
GRAFICUADRO # 5	80
¿Qué instrumentos utiliza usted para su higiene oral?	80
GRAFICUADRO # 6	82
¿Con Que Frecuencia Cepilla Sus Dientes?	82
GRAFICUADRO # 7	84
¿Qué tiempo dedica al cepillado de sus dientes?	84
GRAFICUADRO # 8	86
¿Al cepillar sus dientes también cepilla?	86
GRAFICUADRO # 9	88
¿Le han realizado limpiezas dentales?	88
GRAFICUADRO # 10	90
¿Ha Recibido Charlas Sobre Salud Bucal?	90
GRAFICUADRO # 11	92
¿Le sangran las encías al cepillarse sus dientes?	92

GRAFICUADRO # 12	94
¿Cree usted que al no tratar el sangrado de sus encías lleve a la pérdida de sus dientes?	94
GRAFICUADRO # 13	96
¿Cree usted que el sarro puede dañar sus dientes?	96
GRAFICUADRO # 14	98
¿Tiene algún diente que se le mueva sin habérselo golpeado?	98
GRAFICUADRO # 15	100
¿Siente dolor al masticar?	100
GRAFICUADRO # 16	102
¿Conoce usted si la diabetes influye en las enfermedades de las encías?	102
GRAFICUADRO # 17	104
¿Fuma?	104

7.1. OBSERVACIONES CLÍNICAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DIABÉTICOS

GRAFICUADRO #1	106
Piezas perdidas	106
GRAFICUADRO #2	108
Placa bacteriana	108
GRAFICUADRO #3	110
Calculo dental	110
GRAFICUADRO #4	112
Gingivitis	112
GRAFICUADRO #5	114
Enfermedad periodontal	114
GRAFICUADRO #6	116
Movilidad dental	116
GRAFICUADRO #7	118
Recesión gingival	118
GRAFICUADRO #8	120
Eficacia y control del tratamiento de la diabetes	120
GRAFICUADRO #9	122
Halitosis	122
GRAFICUADRO #10	124
Tiempo en que le detectaron la diabetes	124

INTRODUCCIÓN

En nuestra sociedad existen muchos problemas debido a la gran pobreza existente, que conlleva a que por falta de empleo y por no tener un medio de sustento para su vida diaria, existan personas que descuiden su salud bucal, en ellos prevalece un escaso nivel de cultura porque en su gran mayoría no han terminado ni la instrucción primaria, lo que provoca una inconciencia total y falta de valor por la vida.

Existen diversas medidas preventivas para poder evitar patologías bucales, como son: una adecuada técnica de cepillado que incluye cepillo, dentífrico, hilo dental y enjuagues bucales, que en conjunto logran una buena higiene de la cavidad bucal. Además se trata de la importancia y beneficios del flúor, lo cual es desconocido por la sociedad.

Se evidencia que las infecciones orales, pueden tener efectos significativos sobre la salud en general, y a la vez, que algunas enfermedades sistémicas son un factor de riesgo para desarrollar problemas periodontales, entre esta destaca la Diabetes.

Es generalmente admitido que la Diabetes por sí misma no da lugar a la aparición de una enfermedad gingival aunque sí va a favorecer la modificación del terreno gingivo – periodontal, facilitando un empeoramiento del cuadro clínico cuando se presenta la placa bacteriana como factor iniciador de la enfermedad.

Un grado avanzado de gingivitis puede desencadenar la existencia de enfermedad periodontal. Dicha enfermedad puede ser especialmente problemática en pacientes diabéticos, ya que es más prevalente, más severa y progresa rápidamente.

La Halitosis es otra patología frecuente en los pacientes diabéticos, causando marginación y aislamiento, y se caracteriza por un olor fétido emanado de la cavidad bucal.

El paciente diabético debe ser más escrupuloso que el paciente normal en lo que a higiene bucal se refiere y debe asistir con puntualidad a la consulta estomatológica.

Las afecciones periodontales constituyen un importante problema de salud y son más graves en los pacientes diabéticos, por este motivo se estableció realizar este estudio en el subcentro de salud “Mejía” de la parroquia Picoazá del cantón Portoviejo, trazando como objetivos precisar el nivel de conocimientos de éstos sobre su patología de base y repercusión en el periodonto, logrando que adquieran y practiquen hábitos que lleven al mejoramiento y mantenimiento de su salud bucal en general.

Al finalizar la investigación de la tesis quedó organizada en dos partes:

Una parte teórica con toda la investigación bibliográfica actualizada y una parte práctica resultante de la investigación de campo que permitió verificar las variables de la hipótesis, logrando complementar un trabajo teórico – práctico coherente, fortalecido por una propuesta que permitirá solucionar de alguna manera el problema investigado.

ANTECEDENTES

El subcentro de salud de Mejía fue creado el 1 de septiembre de 1990.

El equipo de salud que inició fue:

- ❖ Dra. Sara Apolinario(directora)
- ❖ Dra. Janeth Zambrano(odontóloga)
- ❖ Lcda. Yelena Linzán(enfermera)

Actualmente el subcentro cuenta con un cerramiento amplio, presentando en su interior departamento estadístico, curación, fisioterapia, odontológico, médico que sirven para satisfacer las necesidades del paciente.

Durante la consulta médica los pacientes diabéticos son incentivados por la Dra. Sara Apolinario (Directora del Subcentro) para que asistan a un chequeo odontológico, ya que algunos no le dan la importancia debida a la salud bucal.

En el consultorio odontológico las actividades que se realizan son profilaxis, restauraciones y extracciones. Son atendidos aproximadamente 15 personas diariamente, en las que se les realiza de una a dos actividades, llevando una historia clínica donde se registra el tratamiento realizado.

En la actualidad el subcentro creó un” Club de Diabéticos “que consta de 70 pacientes, los cuales son distribuidos por grupo y atendidos una vez por semana. Mensualmente son citados para recibir los medicamentos respectivos y charlas en cuanto a salud se refiere.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la Diabetes Mellitus es un problema de salud que se ha convertido en una pandemia, los médicos atribuyen la causa a nuestro estilo de vida sedentaria, la abundancia de alimento y la obesidad.

Los pacientes diabéticos corren el riesgo de contraer enfermedades periodontales originados por las bajas defensas del sistema inmunológico, el cual está constituido por una gran red de células y substancias, la disminución de estas células orienta a que se provoquen procesos inflamatorios que se consideran como una cadena compleja de eventos que se desarrolla cuando el organismo recibe una agresión, haciendo que éste se vuelva más vulnerable a las enfermedades, llegando afectar a las encías y al tejido que rodea a los dientes.

Los periodos de hiperglucemia en pacientes diabéticos son el factor principal responsable en el desarrollo de las alteraciones vasculares ya que incluyen: Engrosamiento de la membrana basal de los capilares y engrosamiento periendotelial; presencia de fibras colágenas e hinchazón del endotelio.

Todas estas alteraciones pueden influir en la severidad de la enfermedad periodontal en los pacientes diabéticos, produciendo una mala difusión de oxígeno, inadecuada eliminación de los desechos metabólicos, disminución de la migración leucocitaria y una mala difusión de factores humorales.

Una mala técnica de cepillado conduce a la formación excesiva de placa bacteriana, si ésta no se retira mecánica ni profesionalmente con el paso del tiempo se endurece, provocando alteraciones gingivales, las cuales si no son tratadas a tiempo progresan, produciendo problemas periodontales.

Así como la diabetes disminuye el flujo sanguíneo a los ojos y riñones, también disminuye el flujo salival en la boca, haciendo que las encías tarden más en curarse. El nivel alto de azúcar interfiere en la cicatrización de los tejidos estando ausente el proceso infeccioso.

La pérdida de dientes puede dificultar la masticación y la digestión de los alimentos, lo que a su vez interfiere con la capacidad para mantener una buena nutrición y controlar sus altos niveles de glucosa.

En el Subcentro de salud “ Mejía” de la parroquia Picoazá del cantón Portoviejo los pacientes diabéticos presentan un nivel cultural reducido ya que desconocen ciertos conocimientos relacionados con la higiene bucal por lo que no muestran interés en asistir a una consulta odontológica.

Actualmente los problemas dentales más comunes que presentan dichos pacientes son: Gingivitis y Periodontitis.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Por qué los pacientes diabéticos presentan un incremento de enfermedades periodontales?

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICACIÓN

La universidad san Gregorio de Portoviejo en su estatuto universitario considera que para obtener el título profesional de tercer nivel, los egresados deben realizar un trabajo de investigación científica de su especialidad, la misma que tiene que ser sustentada y aprobada por el tribunal respectivo.

Las autoras de la presente tesis durante su internado evidenciaron un elevado número de pacientes diabéticos con problemas periodontales, es así que surge la inquietud de conocer cómo se relacionan las enfermedades sistémicas como la diabetes con las enfermedades periodontales de los pacientes que acuden al subcentro de salud Mejía de la parroquia Picoazá del cantón Portoviejo.

El problema se investigó mediante la aplicación de encuestas, y con la ayuda de historias odontológicas del paciente diabético con el fin de obtener datos reales.

Directamente se van a beneficiar los pacientes diabéticos que asisten a una consulta médica mensual en el subcentro mejía, el odontólogo y personal del subcentro de salud Mejía quienes darán una mejor orientación a este tipo de pacientes.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia de la cultura preventiva oral en enfermedades periodontales de pacientes diabéticos del Subcentro Mejía.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar las actividades educativas que realiza el personal del departamento de odontología con los pacientes diabéticos del subcentro Mejía.
- ❖ Indagar los hábitos de higiene bucal en pacientes diabéticos, determinando la influencia en las enfermedades periodontales.
- ❖ Evaluar las técnicas de cepillado y su influencia en la presencia de placa bacteriana.
- ❖ Conocer los hábitos alimenticios de los pacientes diabéticos del Subcentro Mejía.
- ❖ Diseñar una propuesta alternativa para dar solución al problema planteado.

CAPÍTULO IV

4. HIPOTESIS

4.1. HIPÓTESIS GENERAL

La cultura preventiva oral incide en las enfermedades periodontales de los pacientes diabéticos.

CAPÍTULO V

5. MARCO TEÓRICO

5.1 SUBCENTRO DE SALUD “ MEJÍA ”

5.1.1 BREVE HISTORIA DEL SUBCENTRO DE SALUD “ MEJÍA ”.

El subcentro de salud de Mejía fue creado el 1 de septiembre de 1990. Como un nuevo modelo para el fomento de la salud y el mejoramiento del nivel de vida de la población ecuatoriana SAFIC (Salud Familiar Integral Comunitaria).

Fue equipado con la ayuda del Dr. Augusto Andrade, quien ejercía en ese entonces la Dirección de la Jefatura de Salud de Manabí, y con la colaboración de la comunidad.

Implementada para el servicio de la salud integral con énfasis en salud materna-infantil, inmunizaciones (PAI), nutrición (PACMI), atención médica y especialmente las visitas domiciliarias con las cuales pretendieron atender no en forma individual, si no tomar a la familia como una unidad epidemiológica y elemento de la comunidad.

Teniendo especial importancia en fomento de la salud y la educación.

El equipo de salud que inició fue:

- ❖ Dra. Sara Apolinario(directora)
- ❖ Dra. Janeth Zambrano(odontóloga)
- ❖ Lcda. Yelena Linzán(enfermera)

En la actualidad solicitada desde ya hace un tiempo, que se haga una remodelación y ampliación del subcentro, gracias a la gestión de la Dra. Sara Apolinario directora del mismo y con ayuda de la comunidad, se realizaron las gestiones para hacer los planos y se comenzó en el mes de junio el trabajo tocándole al personal de salud trabajar en la casa comunal que la prestó la comunidad para que la gente pueda ser atendida normalmente.

Como todo tiene su fin llegó lo esperado y se realizó la inauguración del subcentro el día 26 de agosto del 2004.

Actualmente el subcentro cuenta con un cerramiento amplio, presentando en su interior departamento estadístico, curación, fisioterapia, odontológico, médico que sirven para satisfacer las necesidades del paciente.

5.1.2 DATOS DEL NÚMERO DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE “MEJÍA”.

Según los datos obtenidos en el subcentro de salud Mejía de la parroquia Picoazá del cantón Portoviejo el número de pacientes diabéticos atendidos en el subcentro de salud es de 70 pacientes.

5.2. CULTURA PREVENTIVA ORAL

“Una buena higiene bucal se considera ahora el principal factor responsable de la prevención de enfermedades bucodentales, lo que implica: cepillado diario, el uso del hilo dental, uso de pastas, una alimentación sana y la revisión periódica al dentista.

Enfermedades bucales como la caries, periodontopatías y los cánceres orofaríngeos son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, ya que son particularmente altas en los grupos de poblaciones desfavorecidas y pobres tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Una mala salud bucodental produce profundos efectos en la salud y en la calidad de vida en general.

Estas afecciones pueden interferir en las funciones vitales como respirar, comer, tragar, hablar y con actividades de la vida diaria tales como trabajar, estudiar y con la interacción familiar.

La diversidad de pautas de morbilidad bucodental y las distintas tendencias según el país y la región reflejan los diferentes perfiles de riesgo y la influencia de los programas preventivos de atención bucodental.

Un buen número de estudios socio epidemiológicos muestran el importante papel que tienen los factores sociocomportamentales y ambientales en la salud bucodental.

Además de las malas condiciones de vida, los principales factores de riesgo guardan relación con el modo de vida (una dieta, nutrición e higiene bucodental deficientes, y el consumo de tabaco y alcohol) y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucodental.

Varias enfermedades bucodentales se asocian a enfermedades crónicas no transmisibles, debido principalmente a la existencia de factores de riesgo comunes.”¹

5.2.1 MEDIDAS PREVENTIVAS

“La mayor parte de las personas desconocen la existencia de medidas preventivas, es decir cómo podemos prevenir la aparición de caries, halitosis y enfermedades periodontales.”²

“La mejor condición de prevenir las patologías bucales es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al estomatólogo.”³ “No hay terapia exitosa que no esté basada en un adecuado control de la placa.”⁴

¹ www.monografías.com. / hábitos bucales. Pg. 6

² www.alimentaciónsana.com

³ http://es.wikipedia.org/wiki/higiene_bucodental.

⁴ Julio Barrancos Mooney Panamericana. 2006 Pg. 445

“También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares como la sacarosa.”⁵

“La enfermedad Periodontal sigue siendo una de las patologías de mayor incidencia en la población en general, además de ser causante de la pérdida de dientes, se considera como un factor de riesgo para ciertas enfermedades sistémicas.

Los afectados no están muy sensibilizados con este problema, por lo que los odontólogos deben promover medidas preventivas sencillas para erradicar hábitos que producen las enfermedades periodontales, creando conciencia en la población, educándoles y motivándoles para que conozcan la importancia de la salud bucal y como poder prevenir las enfermedades periodontales.”⁶

5.2.1.1 MOTIVACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO

“La primera medida preventiva se basa en la motivación y educación del paciente, la cual debe promover habilidades y conductas adecuadas para obtener un adecuado tratamiento. Debe ser apoyado por actividades grupales que faciliten el intercambio de experiencias entre los pacientes, el apoyo mutuo y la motivación en el seguimiento de las medidas terapéuticas. Existen tres formas de educar y adiestrar al paciente diabético:

- ❖ **La educación individual:** tiene la ventaja de responder a inquietudes particulares.
- ❖ **La educación en grupo:** llega a una mayor cantidad de pacientes y puede promover la interacción y el apoyo entre ellos.

⁵ www.monografias.com/trabajo55higiene_de_boca/higiene_de_boca2.

⁶ <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20202-enfermedad.htm>

- ❖ **La mixta:** La tarea de educación al paciente se inicia en el momento del diagnóstico, durará (al igual que la diabetes) toda la vida y responderá a las etapas específicas por las que atraviesa este (inicio, descompensación, complicaciones asociadas, planificación de la familia, embarazo).

Es por ello que se hace necesario un programa de educación cuyo fin consista en mejorar el cuidado y la calidad de vida del paciente, así como disminuir la morbilidad y mortalidad por diabetes y sus complicaciones.”⁷

“Como segunda medida preventiva tenemos el uso de un adecuado cepillado dental, que es el medio mecánico ampliamente utilizado para el control personal de la placa bacteriana, con sus respectivos dentífricos, seda y colutorios dentales.

La más importante de las indicaciones, es la visita al odontólogo para realizarse una profilaxis dental.

La profilaxis dental también conocida como limpieza mecánica, es el procedimiento que realiza el odontólogo para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental.”⁸

5.2.1.2 ANÁLISIS DIETÉTICO EN LA DIABETES

“La diabetes es una de las enfermedades crónicas de nuestro tiempo más ligada a la nutrición. Para la mayoría de pacientes diabéticos el control de la dieta es la llave para manejar su enfermedad. Esto es extremadamente difícil. Los pacientes deben buscar un dietista profesional para planificar una dieta individualizada que cumpla con todas las necesidades de salud.”⁹

⁷ <http://tenemosperiodontitis.blogspot.com/2010/01/el-cuidado-bucal-de-los-espanoles-cada.html>

⁸ www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml

⁹ Zarate Treviño, Arturo” Diabetes Mellitus” bases para su tratamiento. Editorial trillas. Primera edición. Cap. I. México. Marzo 2005. Pg. 190

“Los alimentos ricos en hidratos de carbono (almidón) y los ácidos son los que causan el mayor deterioro, ya que se adhieren a los dientes, permaneciendo mayor tiempo en contacto con la superficie dentaria.”¹⁰

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

La frecuencia del consumo de carbohidratos es más importante que la cantidad, debido que repetidas ingestas tiene como resultado, periodos prolongados de producción de ácidos y bajo PH en la superficie dentaria.”¹¹

“Con la fruta seca, rica en azúcares simples, ocurre lo mismo que con los alimentos ricos en almidón. Los zumos, ácidos, como el de la naranja, limones y otros, también contribuye al deterioro dental, debido a sus niveles de acidez y alto contenido de azúcares simples. Sin embargo, no por ello debemos evitar estos alimentos, lo realmente importante es no tomarlos entre horas y no descuidar nuestra higiene bucal.”¹²

“En general lo recomendado es tener una buena dieta y así prevenir la incidencia de placa bacteriana.

La dieta influye en la cantidad de acumulación de placa bacteriana en la región cervical de un diente. En efecto las dietas blandas, pueden conducir a mayor acumulación de placa bacteriana y formación de cálculos.”¹³

¹⁰ www.Alimentación – sana.com.ar / informaciones/nutrición/ caries.htm

¹¹ Bello GJ, Actualidades médico odontológicas latinoamericana, edición 2005 pg.243.

¹² www.alimentación – sana.com.

¹³ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 358

5.2.1.3 HIGIENE BUCAL

5.2.1.3.1 CONCEPTO

“La higiene bucal es el conjunto de normas y prácticas tendientes a la satisfacción más conveniente de las necesidades humanas.”¹⁴

“El propósito principal de la higiene oral consiste en evitar la enfermedad dental, mediante la disminución de la acumulación de placa y la facilitación de la circulación del tejido blando.”¹⁵

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

La higiene oral se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas, además, se deberá dedicar el tiempo para que sea efectiva.

La placa bacteriana es el elemento principal en la aparición de las dos patologías más frecuentes en la cavidad bucal, las caries y las periodontopatías, por eso el eliminar la placa bacteriana es importante, mediante un buen hábito de higiene bucal.”¹⁶

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

5.2.1.3.2 IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE BUCAL

Las infecciones bucales habitan en la cavidad bucal pero pueden causar infecciones mediante diseminación de microorganismos ocasionando problemas infecciosos.”¹⁷

¹⁴ www.monografias.com/trabajo55higiene-de-boca.shtml

¹⁵ García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 112.

¹⁶ www.dentagora.com/halitosis.html

“Es importante una óptima salud bucal porque nos ayuda a mantener los dientes libres de caries y prevenir las enfermedades de las encías. Una deficiente salud oral afecta la capacidad para masticar, digerir los alimentos adecuadamente, apariencia y autoestima.

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

Por eso es importante que el personal de salud (odontólogo) instruya a los pacientes diabéticos los hábitos de higiene oral, para evitar en el futuro los problemas bucales.”¹⁸

5.2.1.3.3 PATOLOGÍAS BUCALES CAUSADAS POR EL DÉFICIT DE HIGIENE BUCAL

“La gingivitis y las caries son una de las afecciones bucodentales más comunes en el mundo, una mala higiene dental suele ser la causa de su aparición, y una intervención a tiempo es la mejor manera de evitar que se convierta en una periodontitis, una enfermedad que destruye el hueso alveolar y puede llegar a provocar en su efecto más grave la pérdida del diente.

La halitosis es otra patología causada por una mala higiene bucal, esto es a consecuencia de la acumulación de placa bacteriana y la descomposición de la misma, esta va a generar un mal olor en la cavidad bucal.”¹⁹

¹⁷ www.dentalsaucedo.com

¹⁸ : <http://www.europapress.es/chance/elbuenvivir/noticia-cuidado-bucal-espanoles-cada-vez-mejor-20091223110010.html>

¹⁹ www.puntovital.cl/vida/sana/salud/bucal.htm

5.2.1.4 EL CEPILLO DENTAL

“El cepillo dental es uno de los elementos más importantes en el control de la placa bacteriana, con el propósito de retirar restos alimenticios depositados sobre la superficie dentaria.

Existe una gran variedad de cepillos dentales, en nuestro medio varían en tamaños y formas necesarias que se ajustan a cada necesidad individual de cada persona.”²⁰

5.2.1.4.1 CARACTERÍSTICAS DEL CEPILLO

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

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

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

Para poder recomendar un adecuado cepillo dental tenemos que tomar en cuenta los siguientes factores:

- ❖ Salud bucal de la persona

²⁰ García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 62.

❖ Destreza manual

❖ La predisposición que demuestre a los procedimientos que se les indicará.”²¹

“Entre las características del cepillo adecuado tenemos:

Adecuado tamaño de la cabeza para poder permitir una apropiada maniobra en la cavidad bucal.

El largo de la superficie activa debe cubrir los dientes vecinos.

Cerdas que sean controladas por el hombre (medianas, suaves).

Cerdas con cortes rectos.

La característica más importante es, de que la persona sienta sensación de limpieza en su boca después de cada cepillado.

Cabe recalcar que el profesional debe ser cuidadoso al recomendar un cepillo dental, porque de éste dependerá la salud bucal y dental de una persona.”²²

5.2.1.4.2 TIPOS DE CEPILLOS DENTALES

“En la actualidad existen diferentes tipos de cepillos dentales, como: cepillos eléctricos, convencionales e interdentes, cada uno de estos se ajustará a las necesidades de cada usuario.”²³

“Los cepillos eléctricos son suaves y apropiados para pacientes que presentan incapacidad física o mental. La utilización del cepillo eléctrico hace que el paciente se entusiasme y logre de esta forma una mejor higiene incluyendo zonas de difícil acceso.”²⁴

²¹ Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 376-377

²² Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 376

²³ <http://ortodonciasalud.com.ar/?p=59>

²⁴ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 307

“Los cepillos convencionales están indicados para personas que puedan realizarse una higiene bucal por sí solos, que poseen una destreza manual apropiada para poder ejercer cualquier técnica de cepillado que la persona requiera.

Los cepillos interdetales son de forma cónica o cilíndrica de pequeño tamaño, son muy útiles para limpiar los grandes espacios interdetales y las furcaciones, ya que se adaptan fácilmente a las superficies dentarias irregulares.”²⁵

5.2.1.4.3 TÉCNICAS DE CEPILLADO

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

Las técnicas de cepillado más utilizadas son:

- ❖ Técnica Rotacional
- ❖ Técnica de Bass
- ❖ Técnica de Charters
- ❖ Técnica de Stillman”²⁶

5.2.1.4.3.1 TÉCNICA ROTACIONAL

“Es la técnica más sencilla y conocida.

- ❖ Las cerdas del cepillo se colocan contra la superficie de los dientes.
- ❖ Los dientes superiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia abajo.

²⁵ Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 378

²⁶ Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 379

- ❖ Los dientes inferiores deben cepillarse rotando el cepillo hacia arriba, de manera que los costados de las cerdas cepillen tanto las encías como los dientes en un movimiento arqueado.
- ❖ Los premolares y molares se cepillan por medio de un movimiento de frotación sobre sus superficies.^{»27}

5.2.1.4.3.2 TÉCNICA DE BASS

“Esta es una de las técnicas que se ha vuelto muy popular y recomendada en personas adultas, es útil para remover la placa crevicular en pacientes con surco gingival profundos.

- ❖ El cepillo se coloca a 45° respecto al eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal.
- ❖ A partir de esa posición el cepillo se mueve de atrás hacia adelante con acción vibratoria por 10 a 15 segundos por unas 10 veces en el mismo lugar.
- ❖ En las caras vestibulares y linguales de los premolares y molares el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco dentario.
- ❖ Para las caras linguales de los incisivos y caninos superiores e inferiores el cepillo se sostiene verticalmente y las cerdas del extremo de la cabeza se inserta en el espacio crevicular de los dientes.
- ❖ Para las caras oclusales se recomienda movimientos de barridos cortos en sentido anteroposterior.
- ❖ Esta técnica tiene la capacidad de remover la placa supragingival y subgingival.^{»28}

²⁷ <http://html.rincóndelvago.com/higiene-bucodental.html>

²⁸ Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 378

5.2.1.4.3.3 TÉCNICA DE CHARTERS

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

- ❖ El cepillo se coloca en un ángulo de 45° respecto al eje mayor del diente.
- ❖ Las cerdas se ubican dirigidas hacia Oclusal, se fuerzan hacia el espacio interproximal, con un ligero movimiento rotatorio o vibratorio de Oclusal a gingival.
- ❖ Los lados de las cerdas están en contacto con el margen de la encía, y producen un masaje que se repite en cada diente.
- ❖ Las superficies oclusales se limpian con un ligero movimiento, dirigiendo las cerdas hacia los surcos y fisuras.
- ❖ En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical en donde trabajan las puntas de las cerdas.”²⁹

5.2.1.4.3.4 TÉCNICA DE STILLMAN

“Esta técnica proporciona estimulación gingival.

- ❖ El cepillo dental se coloca en una posición inclinada de 45°, colocando el cepillo sobre la encía y parte sobre el diente.
- ❖ Se realizan movimientos vibratorios con presión ligera para estimular la encía.
- ❖ Se hace un barrido desde la encía hacia el diente.
- ❖ De esta manera se limpia la zona interproximal y se masajea el tejido gingival.”³⁰

²⁹ Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 378

5.2.1.5 FRECUENCIA DEL CEPILLADO

“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.

De esta manera podemos decir que la mejor prevención para las enfermedades periodontales es la frecuencia del cepillado dental después de cada comida y por la noche antes de acostarse.”³¹

5.2.1.5.1 DURACIÓN DEL CEPILLADO

“El tiempo promedio de un cepillado es de un minuto, pero por lo general se cepilla de 2 a 3 minutos.”³²

5.2.1.5.2 CEPILLADO LINGUAL

“Los cepillos de la lengua y del paladar ayudan a disminuir los detritos, la placa y la cantidad de microorganismos orales. Las papilas de la lengua proporcionan partes especialmente proclives a la acumulación de bacterias y detritos.

La limpieza de la lengua se logra al colocar el lado del cepillo dental cerca de la parte media de la lengua, con las cerdas en dirección a la garganta. El cepillo se lleva hacia adelante con un movimiento de barrido, esto se repite de 6 a 8 veces en cada zona.

El paladar también debe limpiarse con un movimiento de barrido. Para mejorar la acción de limpieza se debe utilizar dentífrico durante el cepillado.”³³

³⁰ García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 73.

³¹ Barrios M, Gustavo. “ODONTOLOGÍA”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 309

³² García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 75.

³³ García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 77.

5.2.1.6 DENTÍFRICOS

5.2.1.6.1 IMPORTANCIA DEL DENTÍFRICO

“Los dentífricos se han definido como preparaciones que al utilizarse con el cepillo dental tiene el propósito de limpiar las superficies dentales accesibles.

Estos deben contener sustancias que ayuden a remineralizar los dientes y protegerlos contra la acción bacteriana, componentes como el flúor, triclosán, gantrez, silica, son los más utilizados y ayudan a dar mejores resultados.

Las funciones de los dentífricos se han expandido considerablemente para incluir:

- ❖ Limpiezas de las superficies dentales accesibles.
- ❖ Pulido de las superficies dentales.
- ❖ Disminución de la incidencia de caries dental.
- ❖ Promoción de la salud gingival.
- ❖ Proporcionar una sensación de limpieza oral que incluye el control de los olores de la boca.

Estas funciones deben cumplirse de manera segura sin una abrasión indebida del tejido oral duro (dentina) y sin irritación de los tejidos orales blandos.”³⁴

5.2.1.7 HILOS DENTALES

“El empleo eficaz del hilo dental permite el logro de varios objetivos:

- ❖ Remover placa y detritos adheridos a las superficies proximales planas o convexas.

³⁴ <http://www.dgepi.salud.gob.mx/bdsiveab/2008/SIVEPAB-Bol-2-jun08.pdf>

- ❖ Auxilia a identificar depósitos subgingivales calcáreos, restauraciones sobresalientes o lesiones cariosas interproximales.
- ❖ Disminuye el sangrado gingival.
- ❖ Puede utilizarse como medio para la aplicación de pulidores o quimioterapéuticos en las partes interproximales y subgingivales.”³⁵

5.2.1.7.1 TIPOS DE HILOS DENTALES

“Actualmente en nuestro medio existen diferentes tipos de hilos dentales:

- ❖ Hilos con cera.
- ❖ Hilos sin cera.
- ❖ Hilos fluorados.

El hilo sin cera es el más apropiado para eliminar la placa bacteriana, diversos estudios realizados aseguran que el hilo con cera es el más eficaz cuando se presenta diversas situaciones en la boca tales como: restauraciones sobreobturadas, puntos de contactos interproximales muy unidos, esto es debido a que posee cera y permite el paso del mismo, y no se rompe tanto como el hilo sin cera.”³⁶

5.2.1.7.2 TÉCNICA DE USO DEL HILO DENTAL

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

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

³⁵ García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA” manual moderno 2005, pg. 102.

³⁶ Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 377

- ❖ Se requiere de 46 a 60 cm de hilo dental.
- ❖ Tensar el hilo entre los índices de ambas manos, dejando 2 cm de hilo entre ambos dedos.
- ❖ Ubicar el hilo entre los dientes redondeando contra la superficie de cada cara proximal.
- ❖ Deslizar el hilo hacia la encía con movimientos de serrucho y de vaivén de arriba hacia abajo para remover la placa interproximal, hasta alcanzar debajo del margen gingival.
- ❖ Desplazar el sector del hilo usado en cada espacio proximal, para limpiar cada diente con hilo limpio.”³⁷

“Es recomendado realizar la limpieza con hilo dental por lo menos una vez al día durante dos o tres minutos para que sea más efectivo.”³⁸

5.2.1.8 USO DE ENJUAGUES O COLUTORIOS BUCALES

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

En caso de que existan enfermedades gingivales y periodontales, el uso de enjuagues debe ser solo después de que se haya tratado esta enfermedad, ya que al usar el enjuague se reducirá la inflamación pero no se detendrá el avance de la enfermedad, y ésta podría pasar inadvertida por el paciente.

³⁷ Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 377-378

³⁸ www.healthsystem.Virginia.edu/uvahealth/peds_growth_sp/flosing.cfm

Los enjuagues bucales se recomiendan para combatir solo la gingivitis y el mal aliento en algunas ocasiones. Además remueven las bacterias, pero no son selectivos atacando organismos que si son beneficiosos, su uso abusivo y sistemático puede agredir tejidos que no estén preparados para soportar una irritación.”³⁹

5.2.1.8.1 TIPOS DE ENJUAGUES BUCALES

“Existen diversos tipos de colutorios tales como:

- ❖ Enjuagues bucales que contienen en su composición alcohol.
- ❖ Enjuagues bucales sin alcohol.
- ❖ Enjuagues bucales fluorados.
- ❖ Enjuagues bucales antimicrobianos.

El alcohol en algunos casos produce irritación en las mucosas bucales, por lo tanto el odontólogo aconsejará el uso de enjuagues sin alcohol.”⁴⁰

“Los enjuagues bucales con flúor ayudan a fortalecer los dientes y prevenir las caries.

Un enjuague antiséptico mata las bacterias y también puede refrescar el aliento. Colutorios antisépticos se utilizan antes y después de la cirugía para eliminar bacterias y prevenir infecciones.

Cada uno de estos enjuagues ha sido creado para cada necesidad que se presente.”⁴¹

5.2.1.8.2 FRECUENCIA DEL USO DE ENJUAGUES BUCALES

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

³⁹ [www.facedental.es/enjuague-colutorios-otro -factor](http://www.facedental.es/enjuague-colutorios-otro-factor)

⁴⁰ www.ada.org.

⁴¹ <http://www.lular.info/a/salud/2010/07/Cuales-son-los-diferentes-tipos-de-enjuague-bucal.html>

Los enjuagues bucales pueden ser retenidos en la boca por lapso de un minuto o más, esto se los deberá utilizar a la finalización de cada cepillado dental, con el fin de obtener mejores resultados.”⁴²

5.2.1.9 CLORHEXIDINA

“La clorhexidina es una sustancia antiséptica. Pertenece al grupo de las bisguanidas y se utiliza ampliamente en odontología a concentraciones de 0.2%, 0.12%, 0.10%, en presentaciones para el uso como colutorio o enjuague bucal.”⁴³

“Se considera que la clorhexidina absorbida a la hidroxiapatita inhibe la colonización bacteriana. Después del enlace, el agente se libera lentamente en su forma activa en el transcurso de 12 a 24 horas. Se conoce como sustantividad a la capacidad de los tejidos orales para absorber un agente activo y permitir su liberación lenta en la variante activa en el transcurso de un periodo prolongado.”⁴⁴

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

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

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

⁴² Salud oral. Edición 2008, pg. 17

⁴³ <http://es.wikipedia.org/wiki/clo>.

⁴⁴ García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 94.

El efecto antimicrobiano del gluconato de clorhexidina es causado por disrupción de la membrana de la célula microbiana. Si bien esta molécula es de amplio espectro, tiene más efectividad contra gérmenes gram positivos que para gram negativos.

La vida media en envases adecuados puede ser hasta 2 años.”⁴⁵

5.2.1.10 PROFILAXIS DENTAL

“La profilaxis Dental, también conocida como “limpieza”, es el procedimiento odontológico de mayor importancia para la prevención de algunas enfermedades y alteraciones de carácter bucodental.

La limpieza dental profesional es de carácter básicamente preventivo y puede beneficiarnos de muchas maneras, pero no será suficiente para combatir y erradicar la caries dental y otras afecciones previamente establecidas de largo tiempo de evolución.”⁴⁶

“La limpieza mecánica profesional de los dientes supone la eliminación selectiva de la placa de la superficie de todos los dientes. La placa se concentra en las superficies de los dientes obviadas generalmente por los pacientes, los depósitos de placa a menudo son mayores en la abertura mandibular lingual de los molares y premolares y siempre se encuentra en los espacios interproximales.

El tratamiento se lleva a cabo mediante pequeños cepillos giratorios o copas de goma, raspadores, curetas o dispositivos ultrasónicos. Dado que esta tarea es muy laboriosa y requiere mucho tiempo, constantemente se están buscando métodos nuevos para conseguir un tratamiento más efectivo que sea tan inofensivo y cómodo para el paciente.”⁴⁷

⁴⁵ <http://es.wikipedia.org/wiki/clo>.

⁴⁶ http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Profilaxis+Dental&lang=2

⁴⁷ <http://www.ems-company.com/sp/dental/treatments/prophylaxis/>

“Generalmente se tiene la creencia de que realizándose una limpieza dental profesional de vez en cuando es más que suficiente, lo que es completamente falso. Lo ideal es hacer dicho procedimiento cada 6 meses.”⁴⁸

5.2.1.11 FLÚOR

“El flúor es un mineral que forma parte del compuesto fluoruro de sodio o sódico.”⁴⁹

“Es uno de los elementos más abundantes en la naturaleza, se encuentra en diferentes minerales (fluorita, criolita, fluorapatita), en el agua de mar y en la atmósfera, en la vegetación, en diferentes alimentos y bebidas.

Es un componente importante del organismo humano y animal, especialmente asociado a tejidos calcificados (huesos y dientes) por su gran afinidad con el calcio. Es bien conocido por su habilidad para inhibir la iniciación y progresión de la caries dental como así también su habilidad para estimular la formación ósea. Mayormente el fluoruro ingerido se absorbe a nivel del tracto gastrointestinal por simple difusión de la pared gastrointestinal (estómago e intestino delgado) aunque también a través de los pulmones debido a que el fluoruro que se encuentra en la atmósfera. Una vez que fue absorbido pasara a la circulación sanguínea desde donde será transportado y distribuido a todo el organismo, especialmente en tejidos calcificados como huesos y dientes.

Se elimina principalmente a través de los riñones y en menor medida a través de sudor, heces, saliva. En el caso de mujeres también a través de la leche materna.”⁵⁰

“El flúor tiene tres efectos muy beneficiosos sobre los dientes:
- Aumenta la resistencia del esmalte: Si se aplica flúor sobre los dientes, éste reacciona con el calcio de los mismos, formando fluoruro de calcio. En esta forma, el flúor reacciona con los cristales del esmalte dentario (la hidroxiapatita), aumentando resistencia.

⁴⁸ ⁴⁸ http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Profilaxis+Dental&lang=2

⁴⁹ <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=211>

⁵⁰ <http://www.zonadiet.com/nutricion/fluor.htm>

- Favorece la remineralización: El flúor contribuye a la remineralización del diente, al favorecer la entrada en su estructura de iones de calcio y fosfato. Esto sucede porque el flúor tiene carga negativa y atrae al calcio y fosfato cuya carga es positiva.
- Tiene acción antibacteriana: El flúor tiene acción antibacteriana atacando a las bacterias.”⁵¹

5.2.1.11.1 VÍAS DE APLICACIÓN DEL FLÚOR

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

El flúor puede llegar a la estructura dentaria a través de dos vías:

- a. Vía Sistémica
- b. Vía Tópica

La administración por vía sistémica de fluoruros supone la aportación de dosis continuadas y bajas del mismo, siendo por tanto los riesgos de toxicidad prácticamente inexistentes.

Las formas de presentación más comunes existentes para la aplicación tópica de flúor son:

- ❖ -Barnices.
- ❖ -Geles.
- ❖ -Dentífricos.
- ❖ -Colutorios.

⁵¹ <http://www.salud.com/salud-dental/uso-del-fluor.asp>

- ❖ -Seda Dental Fluorada.
- ❖ -Pasta Profiláctica.
- ❖ -Chicles con Flúor.”⁵²

“La aplicación tópica de flúor logra que en la capa superficial del esmalte se concentre gran cantidad de ión flúor. Al reaccionar éste con el calcio se forma fluoruro cálcico, a partir del cual se produce un intercambio más profundo de ión flúor con la hidroxiapatita, donde por diversos mecanismos de intercambio de cristalización, absorción, y otros, los oxidrilos son reemplazados por el ión flúorhidroxiapatita, compuesto estable y permanente que aumenta la resistencia del esmalte a la desmineralización.

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

El flúor es una sustancia peligrosa cuando se ingiere en dosis altas, de una vez, o en dosis bajas de manera continua, sus efectos nocivos van desde fluorosis dental hasta trastornos gástricos reversibles, fluorosis (o muerte).”⁵³

5.2.1.11.2 MÉTODOS PARA LA APLICACIÓN DE FLÚOR

“El método de aplicación tópica, lo ideal es realizarlo previo a una profilaxis dental, y así tener una superficie dental libre de placa bacteriana para que sus efectos sean los requeridos.

Existen 2 formas de aplicación de flúor:

- ❖ aplicación directa

⁵² www.monografías.com/trabajos6/fluor/fluor.shtml

⁵³ WWW.saludaldía.com/saludaldía/serviests/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_caries_prevencción#indice.

❖ aplicación indirecta

La aplicación directa del fluoruro sobre la superficie dentaria, por lo que su uso es posteruptivo, pudiendo iniciarse a los 6 meses de edad y continuarse durante toda la vida. Lógicamente su máxima utilidad se centraría en los periodos de mayor susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos con elevada actividad de caries.

La aplicación indirecta requiere de la utilización de cubetas desechables para la fluorización, el procedimiento requiere también de que el odontólogo realice una profilaxis previo a la aplicación de flúor, luego de este procedimiento se procede a la selección de cubeta adecuada para la boca del paciente, la superficie de los dientes deben estar secas.”⁵⁴

5.3 DIABETES

5.3.1 CONCEPTO DE DIABETES

“La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que ha incrementado su prevalencia a tal punto que constituye la alteración metabólica más frecuente en la población. Su atención requiere educación y cuidado multidisciplinario continuo por parte de médicos generales.

Es una enfermedad metabólica caracterizada por una anormalidad en el metabolismo de la glucosa, producida por deficiencia de insulina, menor utilización de ella o por problemas en su metabolismo, produciendo elevadas cifras de glucosa en sangre y orina.

Frecuentemente va acompañada por una anormalidad vascular con engrosamientos de la membrana basales de los capilares (microangiopatías).

⁵⁴ Barrancos Mooney julio, “Operatoria Dental”, panamericana 2006, pg. 374

Caracterizada por presentar una triada sintomática que incluye poliuria, polifagia, polidipsia. En esta patología hay mayor predisposición a las infecciones y retraso en la cicatrización de heridas.”⁵⁵

5.3.1.1 CAUSAS DE LA DIABETES

“La diabetes es causada por muy poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas.

Existen factores que pueden dar origen a esta enfermedad como:

- ❖ La Alimentación
- ❖ La Herencia
- ❖ La Obesidad
- ❖ El sedentarismo y la falta de ejercicio”⁵⁶

“En realidad las causas de la Diabetes de todo tipo son mayoritariamente desconocidas, y por ende, no existe ninguna estrategia de prevención.”⁵⁷

5.3.2 CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

5.3.2.1 TIPO 1.-INSULINODEPENDIENTE O JUVENIL

“La Diabetes Mellitus insulino dependiente (DMID) o tipo 1, es debida a una secreción insuficiente de insulina por parte de las células pancreáticas beta porque este tipo de diabetes cursa con una destrucción de las mismas. Se caracteriza por aparecer en general antes de los 30 años, tiene un inicio relativamente brusco.

Se da en un 5% a 10%, suele comenzar en la infancia o juventud, puede darse a cualquier edad de la vida, aun en personas en la década de los 60 o incluso más edad.

⁵⁵ Fernández Enrique; Bascones Antonio, Maddalena Alejandro,” Odontología Restauradora Contemporánea Implantes Y Estética”, Ediciones avances 2009, pg. 42

⁵⁶ Ruiz, Máximo. “Diabetes Mellitus”. Editorial librería Arcadia. 3era edición. Buenos Aires- Argentina 2004 pg. 1-2.

⁵⁷ http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/diabetes/que_es.htm

Existe una predisposición genética para el desarrollo de este tipo de diabetes, pero también está relacionado con factores ambientales.

5.3.2.2 TIPO 2.-NO INSULINODEPENDIENTE O DEL ADULTO

La diabetes no insulino dependiente (DMNID) o de comienzo adulto, constituye el 90 a 95% de todas las diabetes.

Es un síndrome hiperglucémico heterogéneo que se acompaña con frecuencia de obesidad y que puede permanecer sin diagnosticar durante años, debido a una falta de respuesta de los tejidos a la insulina circulante, suele afectar a personas obesas y mayores de 40 años, siendo más prevalente en personas con hipertensión o dislipemia.

Puede controlarse con dieta o con agentes hipoglucémicos; no requiriendo insulina aunque pueden requerirla en casos incontrolados.”⁵⁸

5.3.2.3 TIPO 3.- DIABETES GESTACIONAL.

“También llamada diabetes del embarazo aparece durante la gestación en un porcentaje de 1% a 14% de las pacientes, y casi siempre debuta entre las semanas 24 y 28 del embarazo.

En ocasiones puede persistir después del parto y se asocia al incremento de trastornos: En la madre (hipertensión o presión arterial elevada, infecciones vaginales y en vías urinarias, parto prematuro y cesárea) daños graves en el bebé (muerte fetal o macrosomía, esto es, crecimiento exagerado del producto debido a que está expuesto a mayor cantidad de glucosa que la habitual, esto se debe a que estimula su páncreas y segrega abundante insulina que contribuye a incrementar su desarrollo, lo que puede generarle lesiones al momento de pasar por el canal de parto).

⁵⁸ Fernández Enrique; Bascones Antonio, Maddalena Alejandro,” Odontología Restauradora Contemporánea Implantes y Estética”, Ediciones avances 2009, pg. 42

El embarazo constituye un esfuerzo metabólico en el cuerpo de la madre, ya que el bebé utiliza sus órganos para obtener alimento (energía), oxígeno y eliminar sus desechos. Por esta razón, la mujer que se embaraza tiene mayor posibilidad de presentar una deficiencia de la hormona que permite que el azúcar o glucosa sea empleada por las células (insulina), haciendo que se presente este problema.

5.3.4 DIAGNÓSTICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los siguientes criterios para establecer con precisión el diagnóstico:

- Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria, Polidipsia, Polifagia y Pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11.1 mmol/L)
- Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7.0 mmol/L). Ayuno se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas.
- La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 375 ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).⁵⁹

“El diagnóstico de la diabetes se apoya en tres criterios esenciales:

- a) Cuadro clínico.
- b) Glucemia de ayuno
- c) Y prueba de tolerancia a la glucosa.”⁶⁰

⁵⁹ http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/diabetes/que_es.htm

⁶⁰ Gomis de Barbará, R. y otros. “Tratado Sed De Diabetes Mellitus” Bases Moleculares, Clínicas y tratamientos. Editorial médica panamericana. Cap. 11. Madrid 2007. Pg. 7

5.3.4.1 FACTORES DE RIESGO

“Los factores de riesgo para la diabetes son:

- ❖ Edad mayor a 45 años
- ❖ Historia familiar
- ❖ Deterioro previo de la tolerancia a la glucosa
- ❖ Tabaco
- ❖ Alcohol

Los factores de riesgo modificables incluyen exceso de peso, hipertensión arterial, inactividad física y cigarrillo. Los profesionales de la salud oral pueden educar a sus pacientes sobre los factores de riesgo para la diabetes y aconsejarlos para mantener estilos de vida saludables.”⁶¹

5.3.4.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

“En el caso de que todavía no se haya diagnosticado la DM ni comenzado su tratamiento, o que no esté bien tratada, se pueden encontrar los siguientes signos (derivados de un exceso de glucosa en sangre, ya sea de forma puntual o continua):

- ❖ Visión borrosa
- ❖ Sed excesiva
- ❖ Fatiga
- ❖ Micción frecuente
- ❖ Pérdida de peso
- ❖ Aumento del apetito
- ❖ Además: mareo y vómitos, xerostomía, alteración del gusto, dolor abdominal, disnea e irritabilidad.

⁶¹ WWW.google.com/familydoctor.org/Diabetes.Pg.1

Otros signos de la diabetes mellitus pueden incluir:

- ❖ Infecciones frecuentes y cortadas o golpes que tardan en curar.
- ❖ Hormigueo o pérdida de sensación en los pies o manos.
- ❖ Infecciones recurrentes de orina, piel o encías
- ❖ Micosis vaginal
- ❖ Trastornos visuales
- ❖ Neuropatía
- ❖ Insuficiencia renal
- ❖ Gangrena

Los pacientes diabéticos tipo I generalmente desarrollan síntomas en un periodo de tiempo corto y la enfermedad con frecuencia se diagnostica en una sala de urgencia.”⁶²

5.3.4.3 COMPLICACIONES DE LA DIABETES

“La diabetes hace al paciente muy vulnerable, para que se instale una patología que afecta principalmente al sistema vascular.

Las complicaciones de la diabetes se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- ❖ Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatías)
- ❖ Daño de los nervios periféricos (polineuropatía)
- ❖ Pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- ❖ Daño de la retina (retinopatía diabética)

⁶² www.google.com/dmedicina.com/enfermedadesdiabetes.pg.1

- ❖ Daño renal desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica terminal.
- ❖ Hígado graso o Hepatitis (Esteatosis hepática)
- ❖ Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes Arterias. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de polineuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.
- ❖ Cardiopatía: Debido a que el elevado nivel de glucosa ataca el corazón ocasionando daños y enfermedades coronarias.
- ❖ Coma diabético: Sus primeras causas son la Diabetes avanzada, Hiperglucemia y el sobrepeso.
- ❖ Dermopatía diabética: o Daños a la piel.
- ❖ Hipertensión Arterial: Debido a la cardiopatía y problemas coronarios, consta que la hipertensión arterial y la diabetes son enfermedades "Hermanadas"
- ❖ Daños dentales: problemas dentales y encías.”⁶³

5.3.5 CONSIDERACIONES PARA TRATAR PACIENTES DIABÉTICOS

“Debe hacerse una historia médica detallada, que incluya medicamentos recibidos, grado de control de glicemia y complicaciones sistémicas. Debido a que el riesgo de complicaciones orales aumenta en la medida que el control de la glicemia disminuye, lograr un control de glicemia es fundamental para prevenir complicaciones y así mejorar la salud oral.

⁶³ http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/diabetes/que_es.htm

Los pacientes con diabetes bien controlada y sin complicaciones pueden ser tratados de forma similar a los pacientes sin diabetes, aunque los pacientes con diabetes pobremente controlada pueden necesitar un cuidado especial.”⁶⁴

5.3.6 TRATAMIENTO

“El objetivo del tratamiento en todos los pacientes diabéticos es mantener los niveles de glucosa en sangre lo más próximo a lo normal como sea posible, para así impedir la aparición de complicaciones o retrasar la progresión de las mismas lo máximo posible.

Para ello el control con una dieta adecuada, la realización de ejercicio físico y la frecuente monitorización por parte del propio paciente de sus niveles de glucosa es esencial para el manejo de esta enfermedad. Desde el punto de vista farmacológico, para tratar la diabetes tenemos las insulinas y los antidiabéticos orales.”⁶⁵

5.3.6.1 INSULINA

“La insulina es una hormona que es secretada por las células B del islote pancreático, tienen un papel central en el mantenimiento de la homeostasis de la glucosa, y tanto su déficit como su exceso dan lugar a graves situaciones patológicas.

La función primordial de la insulina es promover el almacén de los nutrientes que se ingieren, al actuar esencialmente sobre el hígado, el músculo y el tejido graso en forma anabólica, y al inhibir el catabolismo.

Existen los siguientes tipos de insulinas:

❖ Insulinas de acción rápida

⁶⁴ www.monografias.com/diabetismellitus.pg.5

⁶⁵ Ruiz Máximo. "Diabetes Mellitus". Editorial librería Arcadia. 3^{era} edición. Buenos Aires_ Argentina 2005 pg. 190

- ❖ Insulinas de acción intermedia
- ❖ Insulinas de acción lenta
- ❖ Insulinas de 24 horas
- ❖ En muchos casos se combina el tratamiento con estos tipos de insulina.”⁶⁶

5.3.6.2 IMPORTANCIA DE UN BUEN CONTROL DE LA DIABETES

“El efecto de la insulina provoca que la glucosa se concentre en la sangre, de forma que el cuerpo se ve privado de su principal fuente de energía. Además los altos niveles de glucosa en la sangre pueden dañar los vasos sanguíneos, los riñones y los nervios.

No existe una cura para la diabetes. Por lo tanto, el método de cuidar su salud para personas afectadas por este desorden, es controlarlo: un buen control puede ayudar a la prevención de complicaciones de diabetes relacionada al corazón y el sistema circulatorio, los ojos, riñones y nervios.

Un buen control de los niveles de azúcar es posible mediante las siguientes medidas básicas: una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos, y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre.”⁶⁷

5.3.7 LA DIABETES Y EL PERIODONTO

“Se describen diversos cambios periodontales en los pacientes diabéticos, como una tendencia hacia la formación de abscesos, periodontoclasia diabética, encía expandida, pólipos gingivales sésiles o pedunculados, proliferaciones polipoides de la encía y dientes móviles.”⁶⁸

⁶⁶ Gomis de Barbará, R. y otros. “Tratado Sed De Diabetes Mellitus” Bases Moleculares, Clínicas y tratamientos. Editorial médica panamericana. Cap. 11. Madrid 2007. Pg. 111

⁶⁷ Barrezueta Narváez, Dr. Daniel. “Diabetes y Endocrinología”, Para clínicos y Pediatras. 1^{era} edición 2005.pg. 51

⁶⁸ Linhe, Jhan.”Periodontología Clínica” Editorial Panamericana. 2005 pg. 232

5.3.7.1 EL PACIENTE DIABÉTICO EN LA CONSULTA DENTAL

“Antes de un tratamiento dental es importante conocer el historial médico y valorar el control de la glucemia que tiene el paciente.

Se debe investigar el tratamiento que recibe, así como dosis y la frecuencia con la que se administra.

Prescribir medicaciones concomitantes puede alterar el control de la glucemia porque interfieren con la insulina o con el metabolismo de los carbohidratos.

La incidencia de cambios electro cardiográficos en los pacientes dentales diabéticos durante el tratamiento dental, implica la posibilidad de la presentación de situaciones indeseables que pueden comprometer a nuestro paciente. Los vasoconstrictores y los anestésicos utilizados en forma correcta no deben de ser la causa de estas alteraciones.

La ansiedad juega un papel de primer orden que debe de ser controlada en forma contundente por el profesional dental. Por ello, se recomienda administrar al paciente una benzodiacepina por vía oral, la noche de antes del tratamiento dental.

Es importante que antes de la cita el paciente haya comido y tomado su medicación como lo hace normalmente, porque si omite alguna comida, pero ha ingerido la dosis normal de la medicación pertinente, el riesgo de una hipoglucemia está aumentado.

Dependiendo del tratamiento que se lleve a cabo en el paciente, el dentista puede necesitar los niveles de glucosa en sangre antes de iniciarlo. A los pacientes con una glucosa en plasma inferior a 70 mg/dl, se les debería administrar algún carbohidrato por vía oral antes del tratamiento, para así disminuir el riesgo de una hipoglucemia. Si por el contrario, el paciente tiene unos niveles de glucosa en sangre elevados, el dentista lo remitirá a su médico antes de proceder a realizarle ciertos tratamientos.

Durante el tratamiento dental, la complicación más frecuente que puede ocurrir en la clínica dental es un episodio hipoglucémico.

Los signos y síntomas incluirían:

Sensación de debilidad, temblor, sudoración, taquicardia pudiendo llegar a una pérdida de conciencia, hipotensión, hipotermia, ataque o coma.

Ante la sospecha de que el paciente está teniendo una hipoglucemia se le debe dar azúcar, caramelos, refrescos azucarados o zumo.⁶⁹

5.3.7.2 CUIDADO DENTAL QUE DEBE MANTENER EL PACIENTE DIABÉTICO

- ❖ “El paciente debe saber y comprender la importancia de realizar cuidados de los dientes a diario.
- ❖ Debe examinar diariamente la boca para detectar irritación, áreas de presión o úlceras que deben ser comunicadas al dentista.
- ❖ Que esté consciente el paciente de que existe la necesidad de programar visitas periódicas al dentista (cada 6 meses).
- ❖ Considerar la importancia de decirle al dentista la patología que padece el paciente y consultar con su médico antes de programar una intervención quirúrgica o cuidados dentales extensos.”⁷⁰

5.3.7.3 CARACTERÍSTICAS BUCALES EN PACIENTES DIABÉTICOS

“La DM tiene diversos efectos en los tejidos orales, los pacientes diabéticos controlados son considerados como cualquier otro paciente ya que no presentan ninguna patología.

⁶⁹ Amaro Sánchez J, Sanz Alonso M. Diabetes y Periodontitis: Patogenia de una relación bidireccional. Periodoncia 2005; 12: 201-212)

⁷⁰ www.google.com.ec/cuidadodental.com. pg. 3

Aquellos no controlados tienen mayor susceptibilidad de presentar infecciones, por lo que pueden desarrollar manifestaciones bucales como candidiasis, xerostomía, sensación de quemazón en boca y lengua, alteraciones del gusto, cicatrización alterada, reducción de los mecanismos de defensa, aliento cetónico, retraso en la erupción dentaria.

La respuesta gingival de los pacientes con diabetes no controlada, ante la acumulación de placa dental, suele ser acentuada, produciéndose una encía hiperplásica.

Característicamente, los pacientes diabéticos no controlados presentan hallazgos periodontales, como lo son: la presencia de abscesos gingivales, las proliferaciones granulares subgingivales, ensanchamiento del ligamento periodontal, pérdida del hueso alveolar, produciéndose consecutivamente movilidad dentaria extrema y pérdida precoz de los dientes.

Esta relación entre diabetes y enfermedad periodontal ha sido ampliamente estudiada. Algunos autores señalan que la diabetes es un factor predisponentes capaz de reducir la resistencia de los tejidos periodontales a la actividad microbiana y en contraste, otros han encontrado que la presencia de infecciones periodontales puede interferir con la regulación de los niveles de glucosa en sangre.

Principalmente los pacientes con diabetes tipo 1, tienen mayor riesgo de gingivitis/Periodontitis y la padecen con mayor número de bolsas por pérdida de inserción y hueso alveolar, severidad que aumenta con la edad.”⁷¹

⁷¹ http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/gingiva/period01.htm

5.3.8 ENFERMEDAD PERIODONTAL

5.3.8.1 INTRODUCCIÓN

“La enfermedad periodontal es el conjunto de patologías que conducen a la destrucción crónica de las estructuras de soporte que rodean a los dientes.”⁷²

“Actualmente la enfermedad periodontal tiene mayor importancia, no solamente para la salud oral, sino que se ha constituido como un factor de riesgo importante para la salud sistémica de los pacientes. Es importante que el odontólogo tenga las herramientas suficientes para su correcto diagnóstico.

De igual manera, la prevención de la enfermedad periodontal constituye otro de los pilares de la salud bucodental, por ser una enfermedad que afecta a las encías y a la estructura de soporte de los dientes. El dentista debe buscar los signos tempranos de enfermedad periodontal y tratarlos precozmente para evitar la progresión de la enfermedad.”⁷³

“La enfermedad periodontal inflamatoria crónica se divide en dos etapas principales:

- Gingivitis
- Periodontitis”⁷⁴

5.3.8.2 ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

“La enfermedad periodontal es producida por múltiples y complejos factores que pueden ser:

- Metabólicos
- Irritativos e
- Infecciosos

⁷² www.saludactual.com

⁷³ <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20202-enfermedad.htm>

⁷⁴ Raymond L. Braham – Merle E. Morris. Edición 2005 pg.345

Hay factores predisponentes que favorecen la aparición de la enfermedad periodontal, causas excitantes que realmente estimulan la enfermedad y factores perpetuantes, que tienden a prolongarla o hacer que pase a la cronicidad.

Los factores excitantes locales más frecuentes son bacterias y sus productos tóxicos. Los residuos de alimentos retenidos o impactados producen irritación química y mecánica, suministrando proliferación bacteriana.

La resistencia del huésped es un factor importante porque interfiere en la evolución de la enfermedad, en algunos casos las bajas defensas del huésped tienen una importancia etiológica primaria.⁷⁵

5.3.8.3 PLACA BACTERIANA

“La placa dental es el “material blando y tenaz que se encuentra en la superficie de los dientes y que no se puede retirar enjuagando con agua”. Se estima que 1 mm de placa dental, que pesa 1 mg aproximadamente, contiene más de 200 millones de bacterias. Se sabe que la colonización de las superficies dentales por parte de las bacterias es el factor etiológico de las enfermedades bucodentales más comunes como:

- inflamación en los tejidos blandos gingivales
- lesiones cariosas de esmalte.
- periodontitis.
- Halitosis

Diversos estudios han mostrado que un control de alta calidad sobre la placa puede evitar y controlar la gingivitis, la periodontitis y las caries.

⁷⁵ Fernández Enrique; Bascones Antonio, Maddalena Alejandro,” Odontología Restauradora Contemporánea Implantes y Estética”, Ediciones avances 2009, pg. 14 - 15

El control de la placa se puede lograr mecánicamente o químicamente mediante cuidados proporcionados por el propio individuo o profesionalmente.”⁷⁶

5.3.8.3.1. CLASIFICACIÓN DE LA PLACA BACTERIANA

“El término de placa bacteriana ha sido asociado con la presencia de bacterias sobre la superficie dentaria. Basado en la relación con el margen gingival, la placa se clasifica en:

- Materia alba
- Supragingival y
- Subgingival.

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

Placa Supragingival: se acumula en el tercio gingival del diente y se evidencia con tinciones especiales, se adhiere aprovechando pequeñas rugosidades de la superficie dentaria, márgenes de obturaciones y de restauraciones protésicas, lo mismo que en bandas ortodónticas.

Placa Subgingival: es la que se localiza en la luz del surco gingival o del saco periodontal. Se forma en un medio Subgingival, está compuesta por células epiteliales de descamación, fluido gingival, a usencia d oxígeno y presencia de leucocitos polimorfonucleares.

⁷⁶ http://www.odontologiaestetica.com/limpieza_dental_profesional1.htm

5.3.8.4 CÁLCULO DENTARIO

Es una masa orgánica, calcificada, dura y en íntima relación con el tejido gingival, el locus de calcificación es la placa bacteriana, al mismo tiempo el cálculo está asociado con una placa que lo cubre y embebe en productos tóxicos elaborado por ella.

Es una masa de color amarillento o verde, negruzco de consistencia pétrea, forma aplanada y firmemente adherida a la superficie dental. Los cálculos siempre se encuentran revestidos por una película de placa bacteriana y están embebidas de endotoxinas.

5.3.8.4.1 CLASIFICACIÓN DEL CÁLCULO DENTAL

Cálculo Supragingival: Según su localización están depositadas en las coronas de los dientes, en relación con el margen gingival libre de la encía, generalmente son blancos o amarillentos, duros y se desprenden fácilmente de la superficie dental.

Cálculo subgingivale: se encuentran por debajo del margen gingival en la encía normal, por debajo de la pared blando del saco en caso de periodontitis, no son visibles, su detección se logra por una transparencia de color negruzca en la pared gingival y por introducción de una sonda periodontal.⁷⁷

5.3.9 CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

“La enfermedad periodontal se clasifica:

- ❖ Gingivitis
- ❖ Periodontitis del adulto.
- ❖ Periodontitis de aparición temprana.
- ❖ Peridontitis necrotizante.

⁷⁷ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 284 - 290

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

La gingivitis no tratada provocará que la inflamación se extienda hacia la profundidad del periodonto dañando la inserción epitelial, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. La periodontitis es la forma más grave y destructiva de esta enfermedad.

A medida que la reacción tisular se hace más profunda, se produce un surco gingival, más acusado por migración apical de la inserción epitelial, aumentando el tamaño de la encía y convirtiéndose en un auténtico saco, la bolsa gingival. Una vez formada la bolsa periodontal, al paciente le resulta muy difícil eliminar el cúmulo de agentes irritantes.”⁷⁸

5.3.9.1 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

“La enfermedad periodontal inflamatoria crónica puede ser preventiva y tratada eficazmente, el éxito depende casi por completo de dos formas mecánicas de terapéutica antimicrobiana. El control de la placa y el mantenimiento.”⁷⁹

5.3.9.2 GINGIVITIS

5.3.9.2.1 DEFINICIÓN

“El término gingivitis implica inflamación de la mucosa gingival.”⁸⁰

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

⁷⁸ [Http. // sisbibe.unmsm.edu.pe](http://sisbibe.unmsm.edu.pe)

⁷⁹ Raymond L. Braham – Merle E. Morris. Edición 2005 pg.439

⁸⁰ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 523

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

La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. La placa es la principal causa de enfermedades periodontales, y si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro, que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que están presentes hacen que las encías se infecten, inflamen y se vuelvan sensibles.”⁸¹

5.3.9.2.2 MICROBIOLOGÍA

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

Las bacterias comprometidas en la etiología de la gingivitis incluyen especies de estreptococos fusobacterium, actinomices, veilonella, treponemay posiblemente bacteroides. Con un aumento de la flora asociada aparece la lesión temprana y la lesión establecida.”⁸²

5.3.9.2.3 ETIOLOGÍA DE LA GINGIVITIS

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

⁸¹ www.medlineplus.gov.com

⁸² Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 523-530

Otra causa son las dietas inadecuadas, la mal oclusión y los dientes apiñados que hacen que sea más difícil la higiene oral y la eliminación de la placa, la deficiencia de la vitamina c.”⁸³

5.3.9.2.4 SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

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

Se puede iniciar sin manifestaciones clínicas aparentes, uno de los primeros signos es la hemorragia en el cepillado o con el uso de hilo dental, estas respuestas se dan por la inflamación de los capilares subyacentes que demuestran vasos de dilatación y salida de elementos celulares y suero al exterior.”⁸⁴

“Cuando las encías comienzan a sangrar, estamos en presencia de una inflamación que no cesara hasta que el paciente sea sometido a una higiene de rutina. Se observaran encías enrojecidas, sangrantes, brillantes y presencia de sarro en los márgenes de los dientes.

Al eliminar el sarro a través de métodos clínicos, la inflamación desaparece y las encías vuelven a tener el color típico de estas, rosadas, sin brillo ni sangramiento.”⁸⁵

“En la encía también puede apreciarse atrofia y aumento de volumen del tejido, en pacientes inmunodepresivos, puede presentarse hiperplasia gingival proporcional a la cantidad de placa bacteriana acumulada insitu.”⁸⁶

“Su diagnóstico es básicamente clínico, encontrando sangrado en el sondaje, sin migración del epitelio de inserción.

⁸³ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 524

⁸⁴ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 530 - 531

⁸⁵ www.saludactual.com

⁸⁶ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 531

Su progresión es incierta ya que no necesariamente se convierte en periodontitis. Desaparece por completo cuando se elimina la placa bacteriana.”⁸⁷

5.3.9.2.5 TIPOS DE GINGIVITIS

GINGIVITIS SIMPLE: “es la más común se la considera como un proceso crónico y de larga duración, puede localizarse en un diente o generalizada comprometiendo un segmento o toda la encía. Dentro de la gingivitis simple se encuentra la gingivitis de erupción, que es la que se presenta en los niños pequeños cuando empiezan a salir en sus piezas temporarias o también cuando las piezas permanentes empiezan a brotar, y esto se debe a choque de los alimentos directamente contra la encía.

La gingivitis simple se encuentra relacionada con los malos hábitos higiénicos como el poco cepillado de los dientes y la formación de placa bacteriana.

GINGIVITIS RELACIONADA CON LAS HORMONAS SEXUALES.

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

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

⁸⁷ www.periodoncia2//odonto.com

GINGIVITIS RELACIONADA CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS

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

GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE AGUDA (GUNA)

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

GINGIVITIS CRÓNICA INESPECÍFICA

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

GINGIVITIS NO RELACIONADA CON LA PLACA BACTERIANA

Se caracteriza por no resolverse con control mecánico o químico de la placa bacteriana. No se encuentra siempre en el margen gingival, pudiendo no iniciarse en esta zona. La inflamación progresa en sentido apicoronal. Podemos encontrar:

- ❖ Gingivitis asociada a enfermedades cutáneas como el pénfigo,
- ❖ Gingivitis alérgicas
- ❖ Gingivitis de infecciones virales

❖ Gingivitis fúngicas”⁸⁸

5.3.9.2.6 EFECTOS

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

Lo importante es que esta enfermedad es reversible y se debe tratar antes de que se agudice y evolucione a una periodontitis que ya no es reversible, y ésta puede causar la pérdida de los dientes.

5.3.9.2.7 TRATAMIENTO DE LA GINGIVITIS

El tratamiento para la gingivitis simple es asistir al odontólogo, para que con los instrumentos especializados se remueva toda la placa bacteriana que se encuentra entre la base del diente y la encía, debido a esto es recomendable asistir cada seis meses al dentista para una limpieza profesional, ésta no se debe de realizar con frecuencia ya que podría deteriorar el esmalte dental.”⁸⁹

“El procedimiento clínico para eliminar esta enfermedad es mediante la eliminación del sarro (detartraje), pulido de las coronas de los dientes (profilaxis o pulido coronario) y finalmente, realizar una instrucción en las técnicas de cepillado.”⁹⁰

Además de la limpieza profesional se debe continuar el tratamiento en casa, con una mayor higiene oral y ejecutando las instrucciones recomendadas por el profesional.”

“La clorhexidina ha demostrado ser muy eficaz para la inhibición bacteriana y con cierta capacidad para reducir la inflamación gingival, por tal motivo se recomiendan colutorios al 0,12%, con dos enjuagues diarios uno cada 12 horas por 10 a 15 días.

⁸⁸ [www.wikipedia.org.wike.enfermedad periodontal](http://www.wikipedia.org.wike.enfermedad%20periodontal)

⁸⁹ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 590-591

⁹⁰ www.saludactual.com

Si la enfermedad gingival es muy severa se tendrá que recurrir a las técnicas quirúrgicas.”⁹¹

5.3.9.3 PERIODONTITIS

5.2.9.3.1 DEFINICIÓN

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

5.3.9.3.2 ETIOLOGÍA DE LA PERIODONTITIS

Todas las periodontitis proviene de una gingivitis, pero no todas las gingivitis terminan en una periodontitis.”⁹²

“Debido a una larga exposición de las piezas dentarias con el sarro, se produce una degeneración de los tejidos periodontales, debido a la presencia de miles de bacterias el cuerpo reacciona a través de la inflamación y reabsorción del hueso que soporta a nuestros dientes.”⁹³

5.3.9.3.3. CARACTERÍSTICAS CLINICAS

“Se puede observar sangrado, que puede aparecer de manera espontánea, movilidad de los dientes y abundante sarro de coloración café.

La reabsorción del hueso del hueso es irreversible pero si puede ser detenida a través de procedimientos clínicos como los mencionados anteriormente junto con una etapa llamada pulido radicular, donde se pulen las raíces por debajo de la encía para eliminar la presencia de sarro remanente, alisar para disminuir la posibilidad de que las bacterias se colonicen y facilitar la reparación de las encías.

⁹¹ A. Martín Zurro J. F Cano Prez. Edición 2005 pg. 358 - 360

⁹² [www.wikipedia.org.wike.enfermedad periodontal](http://www.wikipedia.org.wike.enfermedad%20periodontal)

⁹³ www.saludactual.com

Obviamente, un buen cepillado realizado en el hogar es de suma importancia para el éxito de este tratamiento.”⁹⁴

5.3.9.3.4 EFECTOS

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

Se ha observado que la bacterias presentes en este tipo de infecciones migran desde la boca hasta la circulación sanguínea, lo que producen un daño directo en el endotelio (componente principal de la pared arterial debido al depósito de colesterol) y trombos. “⁹⁵

“Cuando el hueso comienza a reabsorberse los dientes presentan movilidad y migración dentro de la boca.”⁹⁶

5.3.9.3.5 TIPOS DE PERIODONTITIS

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

⁹⁴ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 593 - 595

⁹⁵ [www.wikipedia.org.wike.enfermedad periodontal](http://www.wikipedia.org.wike.enfermedad%20periodontal)

⁹⁶ www.saludactual.com

PERIODONTITIS PREPUBERAL

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

PERIODONTITIS JUVENIL

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

La velocidad de destrucción es rápida.

PERIODONTITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

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

Generalmente la destrucción ósea es de tipo vertical, a los periodos de exacerbación siguen estados de inactividad. Un estado agudo se caracteriza por inflamación gingival severa, hemorragia al sondaje, formación de sacos periodontales profundos y abscesos periodontales.

PERIODONTITIS DEL ADULTO

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

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

Se inicia en el adulto joven y progresa toda la vida del individuo, es la más común.”⁹⁷

PERIODONTITIS SIMPLE

“Es la forma más prevalente. Se hace clínicamente significativa sobre los 30 años de edad y suele estar precedida de una gingivitis. La pérdida de soporte se produce en los periodos activos de la enfermedad. Sin embargo, la presencia de porfirromona gingivalis indica una alta probabilidad de periodontitis.

PERIODONTITIS AGRAVADA POR FACTORES SISTÉMICOS

Periodontitis de inicio precoz relacionada con enfermedades sistémicas. Afecta a denticiones temporales como mixtas. No suele tener un buen pronóstico a medio y largo plazo, y supone la pérdida precoz – apical o total de los dientes. Las enfermedades asociadas son: déficit de adherencia leucocitaria, hipofosfatasa, neutropenia clínica, leucemias, sida, diabetes mellitus tipo 1, trisomía 21.”⁹⁸

ABSCESO PERIODONTAL

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

⁹⁷ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 629 - 633

⁹⁸ [www.wikipedia.org.wike.enfermedad periodontal](http://www.wikipedia.org.wike.enfermedad%20periodontal)

Ésta también se puede confundir con absceso periapical, pues presentan las mismas características, diferenciándose por las pruebas de vitalidad ya que el absceso periodontal no provoca la desvitalización del diente.”⁹⁹

5.3.9.3.4 FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

- ❖ “Fumar
- ❖ Mala higiene buco dental
- ❖ Condiciones medicas
- ❖ Enfermedad del corazón
- ❖ Diabetes
- ❖ Terapia hormonal sustitutiva
- ❖ Osteoporosis
- ❖ Lupus
- ❖ VIH/SIDA
- ❖ Inmundeficiencia
- ❖ Epilepsia”¹⁰⁰

5.3.9.5 TRATAMIENTO

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

MECÁNICO: detartraje raspado y alisado radicular.

ANTIBIÓTICO: auxiliados por el cultivo bacteriano y el antibiograma.

Debe tenerse en cuenta que el antibiótico de elección debe tener un amplio espectro de actividad que asegure la cobertura de patógenos aerobios y anaerobios.

⁹⁹ Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 623 – 624

¹⁰⁰ [www.wikipedia.org.wike.enfermdedad periodontal](http://www.wikipedia.org.wike.enfermdedad%20periodontal)

La amoxicilina + ácido clavulánico a dosis altas puede considerarse una buena elección del tratamiento anti infeccioso.

MASAJE: el masaje periódico en las encías y los dientes con los propios dedos es una práctica popular, extendida y muy eficiente (según los que la practican). Sin embargo, no es una práctica aceptada y recomendada por los odontólogos profesionales.”¹⁰¹

5.3.9.5.1 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES

DEFINICION

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

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

CONTRAINDICACIONES

Están contraindicados en pacientes que sufren enfermedades generales, infecciones agudas, en pacientes gestantes, en pacientes con edad avanzada.

¹⁰¹ [www.wikipedia.org.wike.enfermedad periodontal](http://www.wikipedia.org.wike.enfermedad%20periodontal)

5.3.9.5.2 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

- ❖ Curetaje gingival y subgingival.
- ❖ Enap
- ❖ Gingivectomía – gingivoplastia
- ❖ Cirugía mucogingival
- ❖ Cirugía ósea

CURETAJE GINGIVAL

Significa el raspado de la pared gingival a la altura del saco con el propósito de eliminar el tejido afectado.

RASPADO Y ALISADO RADICULAR

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

LA ENAP

Es un procedimiento de curetaje subgingival que utiliza el bisturí para la eliminación del epitelio del saco en lugar de la cureta.

CIRUGÍA MUCOGINGIVAL

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

CIRUGÍA ÓSEA

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

GINGIVOPLASTÍA

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

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

GINGIVECTOMÍA

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

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA TÉCNICA DE GINGIVECTOMIA Y GINGIVOPLASTÍA

INDICACIONES

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

CONTRAINDICACIONES

- ❖ Cuando el fondo del saco es apical a la unión mucogingival.
- ❖ Cuando se presentan problemas estéticos pos quirúrgico.
- ❖ Cuando la banda de tejidos de la encía adherida no es suficiente.”¹⁰²

5.3.9.5.3 TRATAMIENTO DENTAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO

- ❖ “El dentista muy probablemente, tenga que atender a diabéticos no diagnosticados o con control deficiente de su enfermedad, y también a pacientes que reciben un tratamiento eficaz. La práctica odontológica incluye la realización de una exploración minuciosa de la boca y también el interrogatorio médico adecuado.
- ❖ Los antibióticos como fin profiláctico se usarán solo en tratamientos periodontales o quirúrgicos de urgencia para llevar al mínimo la posibilidad de infecciones posoperatorias y que sea demasiada lenta la cicatrización. Hay que señalar a los pacientes la importancia de una buena salud bucal y su relación con la evolución de su enfermedad sistémica, y de que la diabetes mal controlada aumenta la posibilidad y susceptibilidad a infecciones de la cavidad bucal y destrucción periodontal excesiva.
- ❖ Los pacientes diabéticos controlados eficazmente serán tratados al igual que personas no diabéticas en lo que se refiere a métodos odontológicos comunes. Los procedimientos deben ser breves, atraumáticos y con el menor grado de estrés posible.
- ❖ En el diabético no controlado habrá que incluir vasoconstrictores junto con los anestésicos locales para asegurar la anestesia profunda. No se utilizará cantidades excesivas de adrenalina para que así no aumente la glucemia.

¹⁰² Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 817-828

- ❖ Los diabéticos con xerostomía no deben fumar ni consumir alcohol, y no utilizar en jugues bucales con elevado contenido alcohólico. A veces se necesita saliva artificial o sustitutiva de este líquido, por lo tanto la candidiasis puede tratarse por medio de antimicóticos locales como la nistatina y el clotrimazol.”¹⁰³

5.3.10 HALITOSIS

5.3.10.1 DEFINICIÓN

“Etimológicamente se deriva del latín *halitus* que significa exhalación y entre sus sinónimos mal aliento, aliento fétido, bromopnea, hedor y otros.”¹⁰⁴

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

Las sensaciones del gusto y el olfato son muy subjetivas, por lo que la halitosis puede ser percibida por el propio paciente o personas a su alrededor.”¹⁰⁵

5.3.10.2 MICROBIOLOGÍA

“Aunque la lengua y las condiciones periodontales han sido reportadas como factores de mayor inducción de la halitosis, el principal agente causal es la presencia de compuestos volátiles de sulfuro, desprendidos de la putrefacción de los alimentos.

Todas las bacterias gran negativas anaerobias producen mal olor, entre estas se destacan:

- ❖ Selenomonas,
- ❖ Centípedas

¹⁰³ www.ask.com/John S. Rutkasuskas, Consideraciones Prácticas en el cuidado dental del paciente diabético. Vol. III pg. 1

¹⁰⁴ GARCIA Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” ODONTOLOGÍA PREVENTIVA PRIMARIA” manual moderno 2005, pg. 94.

¹⁰⁵ www.saveo.org.ec

- ❖ Bacteroides y
- ❖ Fusobacterium.

Se ha determinado que las personas que se quejan del mal olor o que son diagnosticadas de halitosis, normalmente tienen valores más elevados de bacterias que colonizan la superficie de la lengua.”¹⁰⁶

5.3.10.3 ETIOLOGÍA DE LA HALITOSIS

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

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

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

Clasificando las diversas causas de la siguiente manera:

CAUSAS ORALES

- Lingual
- Periodontal
- Salival
- Boca seca

¹⁰⁶ www.saveo.org.ec

Mucosas
Dentarias
Otras causas (por tabaco)

CAUSAS RESPIRATORIAS

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

DIGESTIVAS

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

CONDICIONES SISTÉMICAS

Diabetes
Neuropatías
Trastornos hepáticos y biliares
Cirrosis hepática.

HALITOSIS ORIGINADA POR MEDICAMENTOS

HALITOSIS IMAGINARIA

CAUSAS ORALES

MUCOSAS: dentro de estas causas se encuentran las referentes a superficies dentarias y mucosas; como son: caries, pulpitis ulcerativa y necrosis pulpar.¹⁰⁷

SALIVAL: la saliva cumple la función de barrido mecánico junto con otras estructuras bucales higienizando la mucosa oral, lengua y dientes, lavando continuamente detritus y bacterias con potencial odorífero, la reducción de la proporción del flujo salival y el estancamiento salival, contribuye a la formación de placa bacteriana y halitosis.

PERIODONTAL: se ha recomendado que en casos de gingivitis, periodontitis y abscesos periodontales intervengan bacterias que también están implicadas en la halitosis.

LINGUAL: se ha determinado que el sitio intraoral que genera mayor halitosis es el dorso de la lengua, producto de la estructura papilar y gran área superficial lingual que retiene grandes cantidades de leucocitos muertos, células epiteliales descamadas, bacterias, elementos sanguíneos y nutrientes procedentes de la saliva, dieta y mucosidades de la faringe, todo lo cual conforma una película conocida como recubrimiento lingual que es la parte principal de producción del olor oral.

LA BOCA SECA

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

¹⁰⁷ www.odonto.uc.ve

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

La xerostomía puede provenir también por problemas en las glándulas salivales o por algunos medicamentos como antidepresivos o antihistamínicos que producen sequedad en la boca.”¹⁰⁸

CAUSADA POR EL TABACO

“Los fumadores se acostumbran tanto a ese mal olor en la boca que no lo sienten, pero las personas que no fuman intentarían evitar las conversaciones de corta distancia con fumadores debido al olor del tabaco que proviene de sus bocas.

La nicotina y alquitrán que viene del cigarrillo, se incorporan en la lengua y los dientes (de allí la decoloración de los dientes de fumadores) y no solo puede generar olor de cigarrillo en estas personas, sino que puede agravar periódicamente su halitosis.”¹⁰⁹

CAUSAS RESPIRATORIAS

“Alteración del flujo nasal de aire o mucus debido a pólipos, cuerpos extraños, anomalías craneofaciales, tumores nasofaríngeos, cicatrices por rinoplastias, lo que dan lugar a una halitosis, sinusitis maxilar crónica de origen dentario y goteo posnasal de los senos paranasales de origen alérgico, que se vehiculiza hacia el tercio posterior de la lengua, generando mal aliento recurrente, amigdalitis, vías respiratorias bajas (pulmonar) por alteraciones infecciosas de los órganos bronquiales y pulmonares, como en el caso de tuberculosis, neumonía, bronquitis, enfisema, y carcinoma del pulmón.

¹⁰⁸ www.odonto.uc.ve

¹⁰⁹ www.alimentaciónsana.com.ar

DIGESTIVAS

Puede deberse a: infección por helicobacter pylori en las úlceras gástricas, reflujo gastroesofágico, carcinoma gástrico, síndrome de mala absorción, digestiones pesadas, fistulas gastrocómicas donde hay un paso de gases del intestino grueso al estómago y de éste a la boca.

CONDICIONES SISTÉMICAS

La diabetes cuando no está controlada, el aliento cetónico, constituye una causa de halitosis, en nefropatías que provocan uremia, se puede percibir un mal aliento con olor a amoníaco en pacientes que la padecen, trastornos hepáticos y biliares. Los que otorgan un mal aliento como en el caso de una cirrosis hepática.

HALITOSIS ORIGINADA POR MEDICAMENTOS

Muchas drogas producen xerostomía, existiendo una relación inversamente proporcional del mal aliento con el flujo salival.

Las drogas que la producen incluyen analgésicos, anticolinérgicos, antidepresivos, antihipertensivos, psicoterapéuticos, antimicrobiales, antirreumático etc. Otra causa de xerostomía sería la terapia de radiación debido a la atrofia de la glándula que es inducida por la misma.¹¹⁰

HALITOSIS IMAGINARIA

“Existen pacientes que se quejan de mal aliento crónico y tienen una variedad de síntomas psicopatológicos.

¹¹⁰ www.odont.uc.ve

Antes del diagnóstico de este tipo de halitosis, el paciente debe recibir una repetición del examen debido a la subjetividad y deben ser examinados antes de comer y de los procedimientos de higiene oral, preferiblemente en la mañana, en caso de confirmarse la ausencia física de la halitosis, el paciente debe ser remitido al psicólogo.

5.3.10. 4 TIPOS DE HALITOSIS

SEGÚN EL TIEMPO

INTERMITENTE: se caracteriza por intervalos alternados de presencia y ausencia de halitosis. No existe interrupción en la existencia de halitosis en el paciente.

SEGÚN EL OLOR EMITIDO

El olor emitido puede ser: específico e inespecífico. No puede determinarse que el olor emitido por el paciente pertenezca a un tipo particular de olor, también encontramos:

OLOR PODRIDO: puede indicar un deterioro dental, enfermedad de las encías o sinusitis.

OLOR AFRUTADO: “podría ser síntoma de diabetes mellitus.

OLOR A QUESO: en un niño suele avisar de un cuerpo extraño en su nariz.

OLOR A ORINA: puede ser síntoma de una alteración renal.

5.3.10.5 DIAGNÓSTICO DE LA HALITOSIS

“Una vez realizada una correcta anamnesis general del paciente, así como un completo examen intraoral y extraoral, debe ser realizada una anamnesis particular para el diagnóstico de la halitosis, la cual deberá de contar con exámenes específicos que nos permitan confirmar la existencia de dicha patología.”¹¹¹

Se puede clasificar al paciente halitósico en:

Paciente consciente de su problema: es el paciente más fácil de tratar, pues quiere resolver su problema y por sí solos buscan al clínico.

Pacientes que no saben que tienen halitosis: estos pacientes acuden porque son obligados por terceras personas.

Pacientes que creen ser halitósicos sin serlos.

5.3.10.6 TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS

Si la causa es oral ésta desaparece con una buena higiene bucodental adecuada, cepillándose los dientes, encías y lengua después de cada comida y acudiendo al dentista con regularidad.

En relación con la alimentación, es importante beber agua en abundancia o masticar chicles (sin azúcar), para conseguir que la boca genere saliva, ya que ésta es la encargada de eliminar bacterias bucales. Así también se evita que la boca esté seca, otra de las causas de la aparición del mal aliento. El paciente debe evitar los intervalos de las comidas, debe llevar a cabo cambios en sus hábitos que favorezcan la oxigenación de la boca, tales como disminuir consumo de cigarrillos, alcohol. Sin embargo se debe realizar un buen diagnóstico y dependiendo de las causas buscar la manera adecuada para combatirla.

¹¹¹ www.alimentaciónsana.com

Si la causa del paciente es extraoral, se deberá derivar al paciente al especialista indicado.

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

Se pueden utilizar distintos productos, según su objetivo tenemos:

Antibacterianos

Aceites fenólicos aromáticos

Clorhexidina

Bicarbonato de sodio en pasta dental

Cloruro de zinc

Cambio de hábitos”¹¹²

¹¹² www.alimentaciónsana.com

CAPITULO VI

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 MÉTODO

6.1.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Esta investigación se basó en fuentes bibliográficas, libros, tesis, web, que proporcionan información para el tema planteado.

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En esta investigación se aplicaron encuestas a los pacientes diabéticos del subcentro mejía.

6.1.2 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

EXPLORATORIO: al explorar el Subcentro de Salud “Mejía” se observó la incidencia de pacientes diabéticos, el grado de cultura de los mismos, que determina problemas en la salud oral.

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

ANALÍTICA: en la presente investigación se analizó la incidencia de enfermedades periodontales, la manera de cepillar sus dientes, el estado de salud emocional, grado de cultura, condición socioeconómica, tipo de alimentación en los pacientes diabéticos del subcentro mejía.

SINTÉTICA: con toda la información obtenida de las diferentes fuentes bibliográficas, encuestas, observación e historias clínicas, se llegó a obtener conclusiones al problema investigado.

PROPOSITIVA: con los datos obtenidos en las encuestas y observaciones aplicadas a los pacientes diabéticos del Subcentro “Mejía” se encontró las causas del problema y propusimos soluciones que ayuden a mejorar la salud bucal de este grupo poblacional y por ende su calidad de vida.

6.1.3 TÉCNICAS

- ❖ Encuesta
- ❖ Observación a la Cavidad Bucal.

6.1.4 INSTRUMENTOS

- ❖ Formulario de encuestas
- ❖ Historias odontológicas
- ❖ Fichas de observación

6.1.5 RECURSOS

6.1.5.1 TALENTO HUMANO

- ❖ Equipo de investigadoras
- ❖ Director de tesis
- ❖ Grupo investigado: pacientes diabéticos

6.1.5.2 RECURSOS MATERIALES

- ❖ Textos relacionados a la investigación
- ❖ Fotocopias
- ❖ Encuadernación

- ❖ Materiales de oficina (lápiz, esferográficos, CD)
- ❖ Suministro de impresión
- ❖ Viáticos

6.1.5.3 RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación tendrá un costo aproximado de \$1536.40.

6.1.5.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS

- ❖ Internet
- ❖ Impresora
- ❖ Escáner
- ❖ Pen drive
- ❖ Fotografías

6.1.6 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 70 pacientes diabéticos que acuden al subcentro de salud de “Mejía” de la Parroquia Picoazá del Cantón Portoviejo

CAPITULO VII

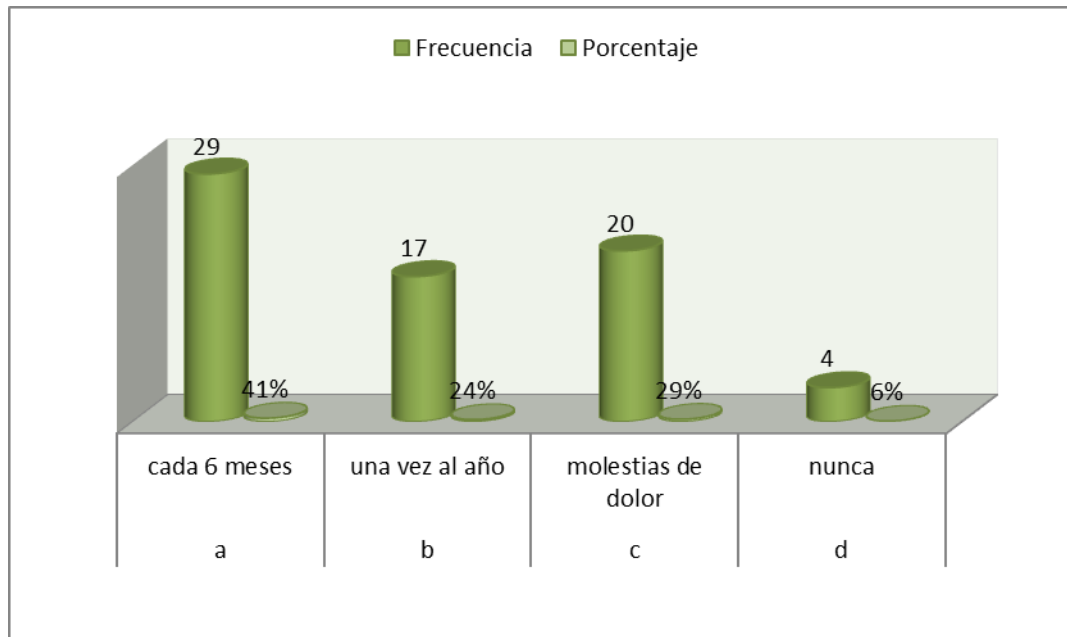
6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD “MEJÍA” DE LA PARROQUIA PICOAZÁ DEL CANTÓN PORTOVIEJO.

Graficadro # 1

Asistencia a una consulta odontológica

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	cada 6 meses	29	41%
b	una vez al año	17	24%
c	molestias de dolor	20	29%
d	nunca	4	6%
TOTAL		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #1

Los resultados dirigidos a los pacientes diabéticos mostraron que el 41% visitan al odontólogo cada seis meses, siendo este el mayor porcentaje. Se observó también que el 29% solo acude por molestias de dolor, el 24% acude anualmente y el 4% nunca visita al odontólogo.

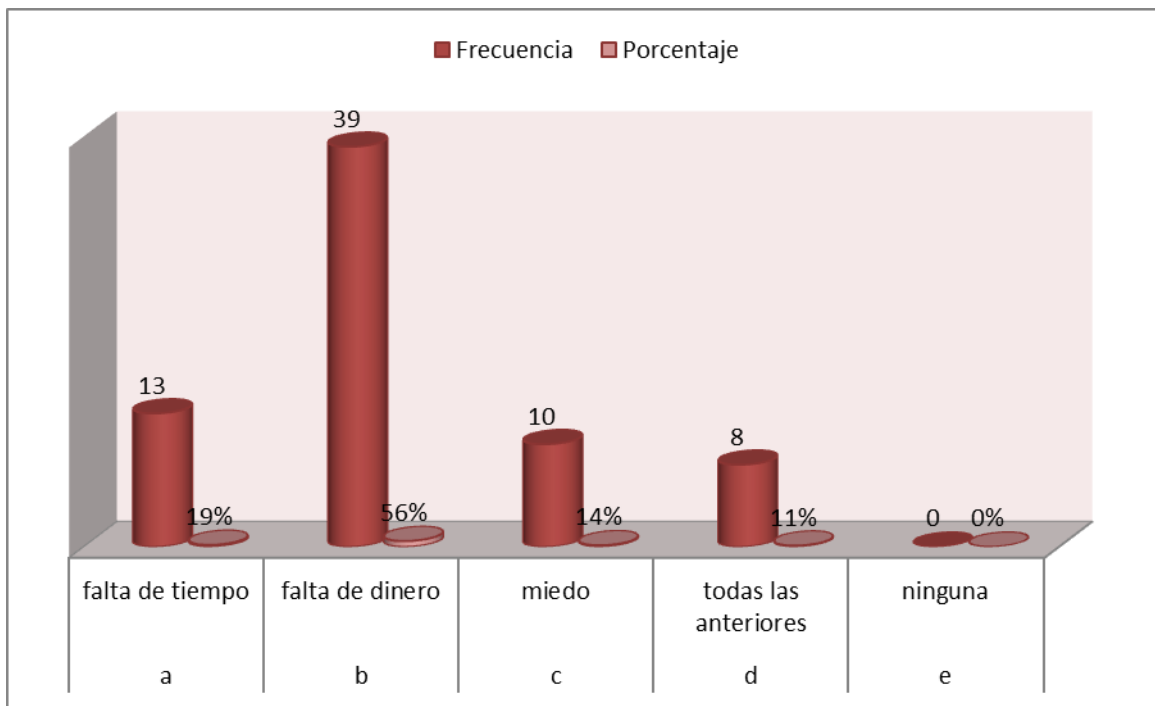
El 41% de los pacientes diabéticos asisten al odontólogo cada seis meses, como indica Julio Barrancos Mooney Panamericana. 2006 Pg. 445. **“La mejor condición de prevenir las patologías bucales es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al estomatólogo.”**

Según los datos obtenidos el paciente diabético no le da mucha importancia a la salud bucal, aumentando la incidencia de patologías bucales.

Graficuario # 2

¿Por qué no asiste a la consulta odontológica?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	falta de tiempo	13	19%
b	falta de dinero	39	56%
c	miedo	10	14%
d	todas las anteriores	8	11%
e	ninguna	0	0%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #2

Se observó que el 56% de los pacientes encuestados no acude a la consulta odontológica por falta de dinero, el 19% no asiste a una atención odontológica por falta de tiempo, el 14% no lo hace por miedo y el 11% por la unión de todas estas variables.

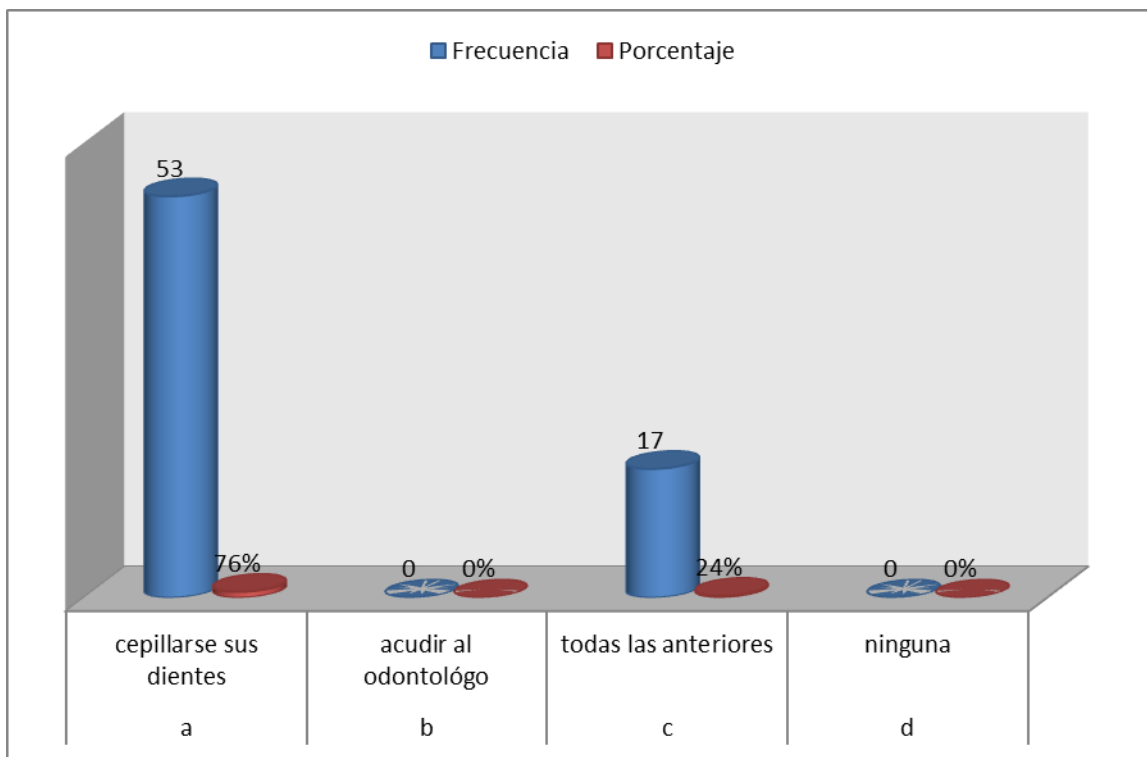
Analizado los resultados el 56% de los pacientes encuestados no acude a la consulta odontológica por falta de dinero, como indica [www_monografias_com](http://www.monografias.com). / Hábitos bucales. Pg. 6,” **Las enfermedades bucales como la caries, periodontopatías y los cánceres orofaríngeos son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, ya que son particularmente altas en los grupos de poblaciones desfavorecidas y pobres tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Una mala salud bucodental produce profundos efectos en la salud y en la calidad de vida en general.”**

La falta de recursos económicos hace que el paciente diabético no asista a la consulta odontológica, mostrando desinterés en la cavidad bucal.

Graficuario # 3

¿Qué hábitos de higiene bucal aplica usted?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	cepillarse sus dientes	53	76%
b	acudir al odontólogo	0	0%
c	todas las anteriores	17	24%
d	ninguna	0	0%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #3

Al preguntarles a los pacientes que hábitos de higiene bucal aplican, el 76% respondió que solo cepillan sus dientes, el 24% acude al odontólogo y cepilla sus dientes.

El 76% de los pacientes encuestados solo cepilla sus dientes; como indica el contenido García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 112, **“La higiene bucal es el conjunto de normas y prácticas tendientes a la satisfacción más conveniente de las necesidades humanas.**

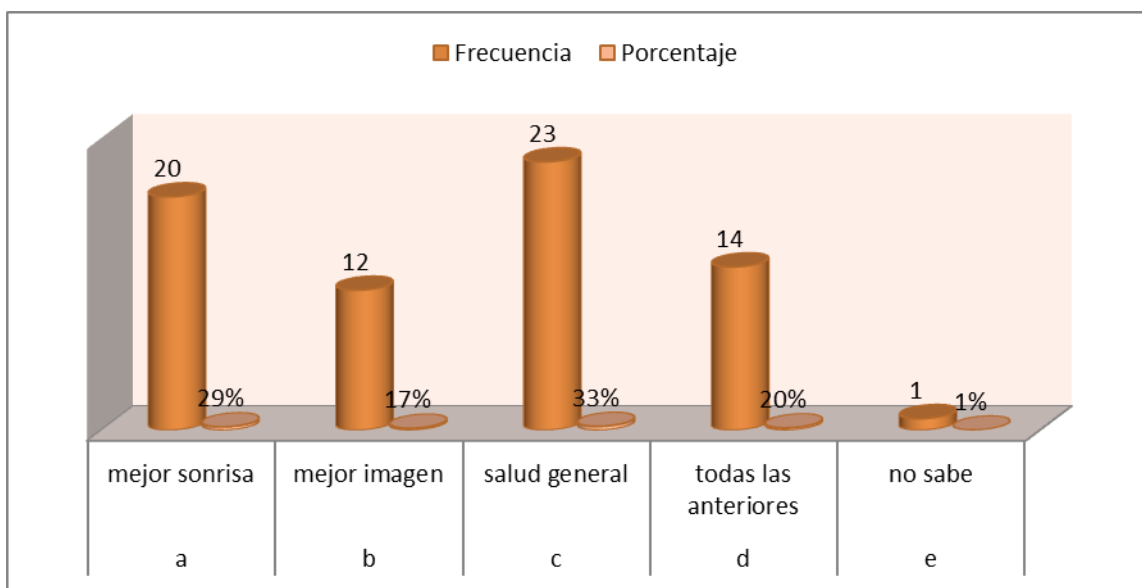
El propósito principal de la higiene oral consiste en evitar la enfermedad dental, mediante la disminución de la acumulación de placa y la facilitación de la circulación del tejido blando.”

Según los datos obtenidos el paciente diabético para realizar su higiene bucal solo cepilla sus dientes.

Graficuario # 4

¿Por qué cree usted que debe tener una buena salud bucal?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	mejor sonrisa	20	29%
b	mejor imagen	12	17%
c	salud general	23	33%
d	todas las anteriores	14	20%
e	no sabe	1	1%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #4

El resultado de las encuestas nos indica que el 33% de los pacientes cree que tener una buena salud bucal es para salud general, el 29% cree que es para tener una mejor sonrisa, el 17% para una mejor imagen, el 20% todas las anteriores y el 1% no sabe.

El 33% de los pacientes creen que tener una buena salud bucal es para mantener su salud general; señalada en la página web:

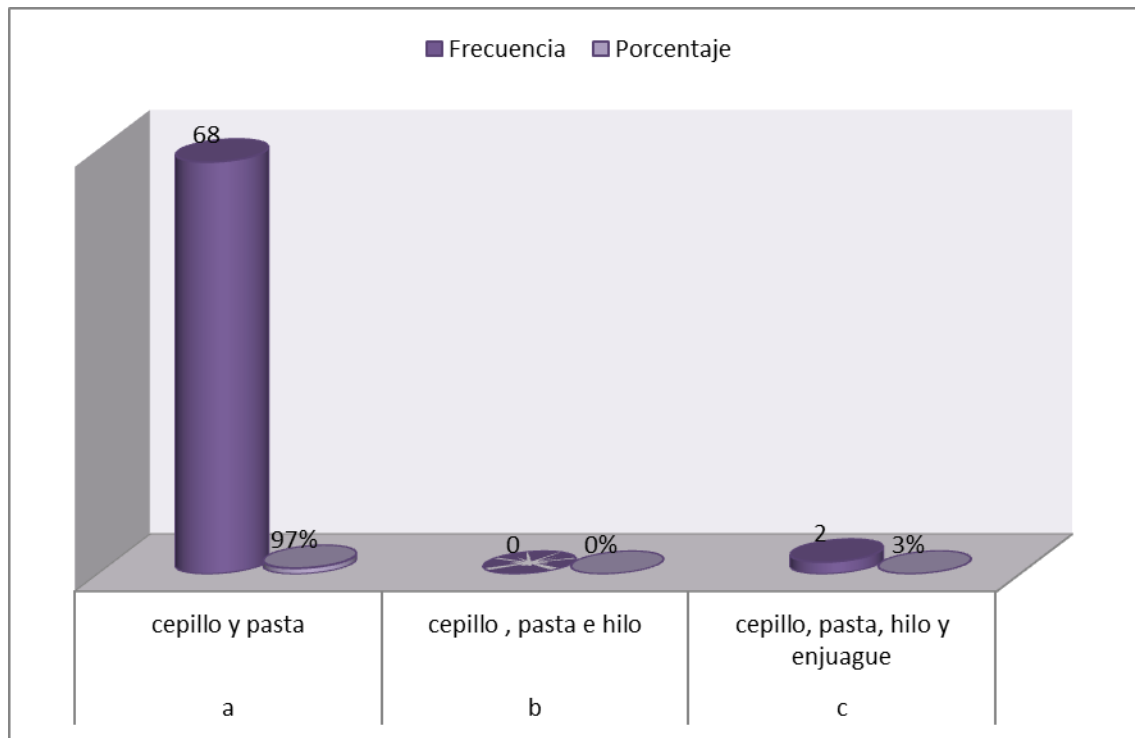
<http://www.europapress.es/chance/elbuenvivir/noticia-cuidado-bucal-espanoles-cada-vez-mejor-20091223110010.html>: **“Es importante una óptima salud bucal porque nos ayuda a mantener los dientes libres de caries y prevenir las enfermedades de las encías. Una deficiente salud oral afecta la capacidad para masticar, digerir los alimentos adecuadamente, apariencia y autoestima.”**

Según los datos obtenidos la mayor parte de los pacientes diabéticos afirman que una buena salud bucal nos ayudará a no solo tener una dentadura sana, sino también a mantener una autoestima elevada y un bienestar general.

Graficuario # 5

¿Qué instrumentos utiliza usted para su higiene oral?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	cepillo y pasta	68	97%
b	cepillo , pasta e hilo	0	0%
c	cepillo, pasta, hilo y enjuague	2	3%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #5

Los resultados dirigidos a los pacientes diabéticos mostraron que el 97% utiliza para su higiene oral cepillo y pasta, el 3% cepillo, pasta hilo y enjuague.

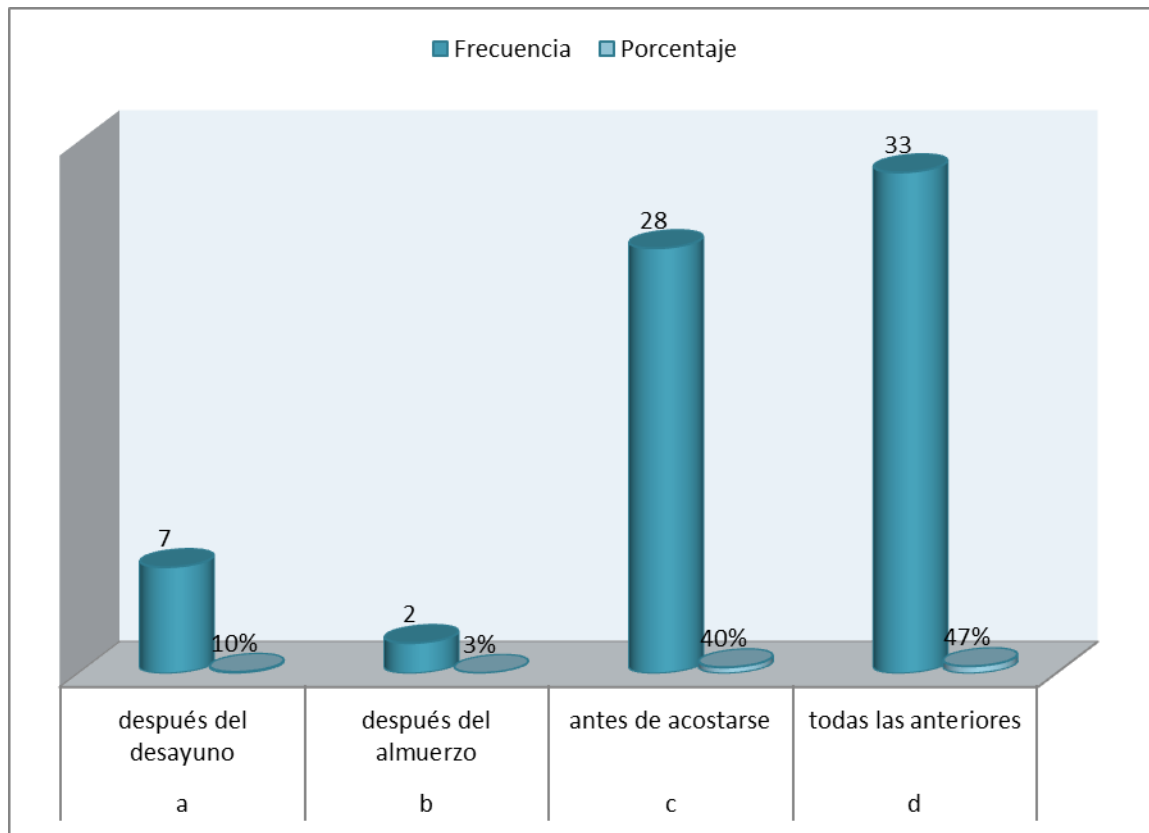
Un 97% de los pacientes utiliza cepillo y pasta; como indica la página web: www.monografias.com/trabajos11/caries/caries.shtml **”Como segunda medida preventiva tenemos el uso de un adecuado cepillado dental, que es el medio mecánico ampliamente utilizado para el control personal de la placa bacteriana, con sus respectivos dentífricos, seda y colutorios dentales.”**

El mayor porcentaje de los pacientes solamente utiliza el cepillado como único hábito de higiene oral, lo que no es suficiente para evitar enfermedades orales.

Graficadro # 6

¿Con qué frecuencia cepilla sus dientes?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	después del desayuno	7	10%
b	después del almuerzo	2	3%
c	antes de acostarse	28	40%
d	todas las anteriores	33	47%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #6

Se observó que el 47% de los pacientes encuestados cepilla sus dientes después del desayuno, almuerzo y merienda y el 40% solo se cepilla antes de acostarse, el 10% después del desayuno y el 3% después del almuerzo.

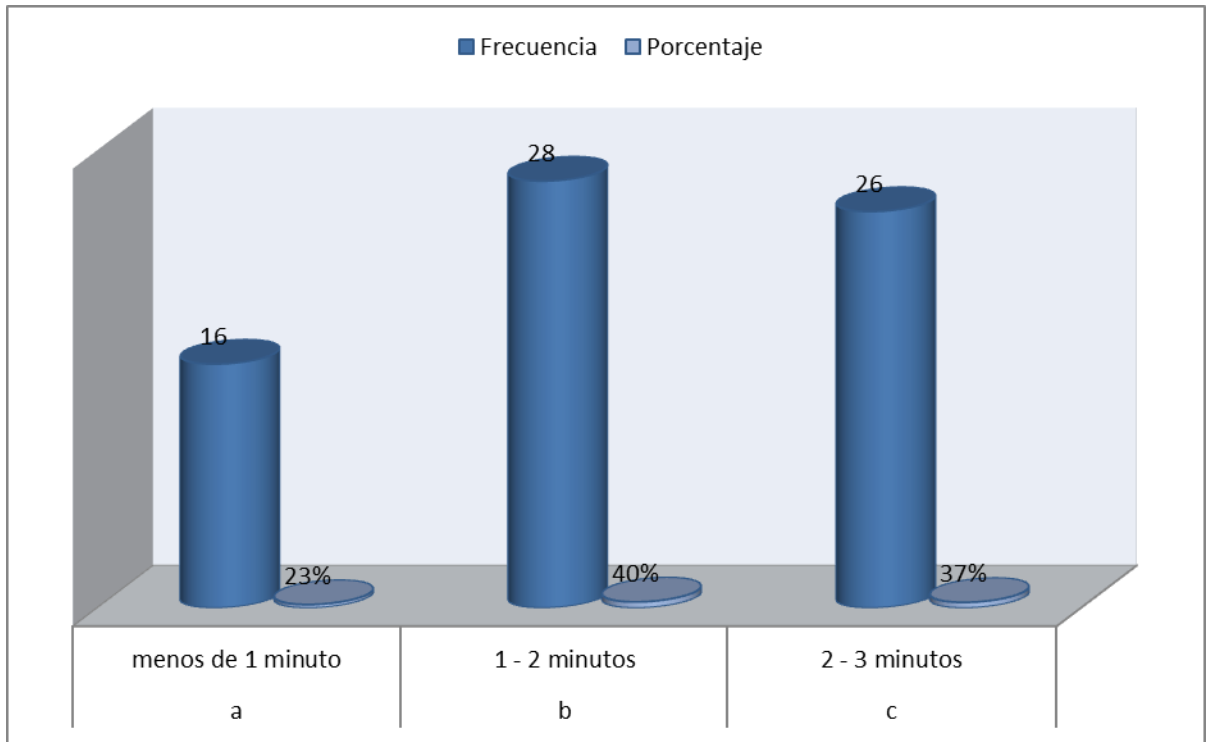
El 47% de los pacientes cepilla sus dientes 3 veces al día; como refiere Barrios M, Gustavo. “ODONTOLOGÍA”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 309, **“se aconseja hacer un cepillado prolijo al menos una vez al día; sin embargo, lo ideal es hacerlo varias veces al día, con propósitos cosméticos 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.”**

Esto nos indica que los pacientes diabéticos cepillan sus dientes tres veces al día como parte de su aseo diario.

Graficuario # 7

¿Qué tiempo dedica al cepillado de sus dientes?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	menos de 1 minuto	16	23%
b	1 - 2 minutos	28	40%
c	2 - 3 minutos	26	37%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #7

Al preguntarles a los pacientes que tiempo cepilla sus dientes, el 40% respondió de 1-2 minutos, el 37% de 2-3 minutos y el 23% menos de un minuto.

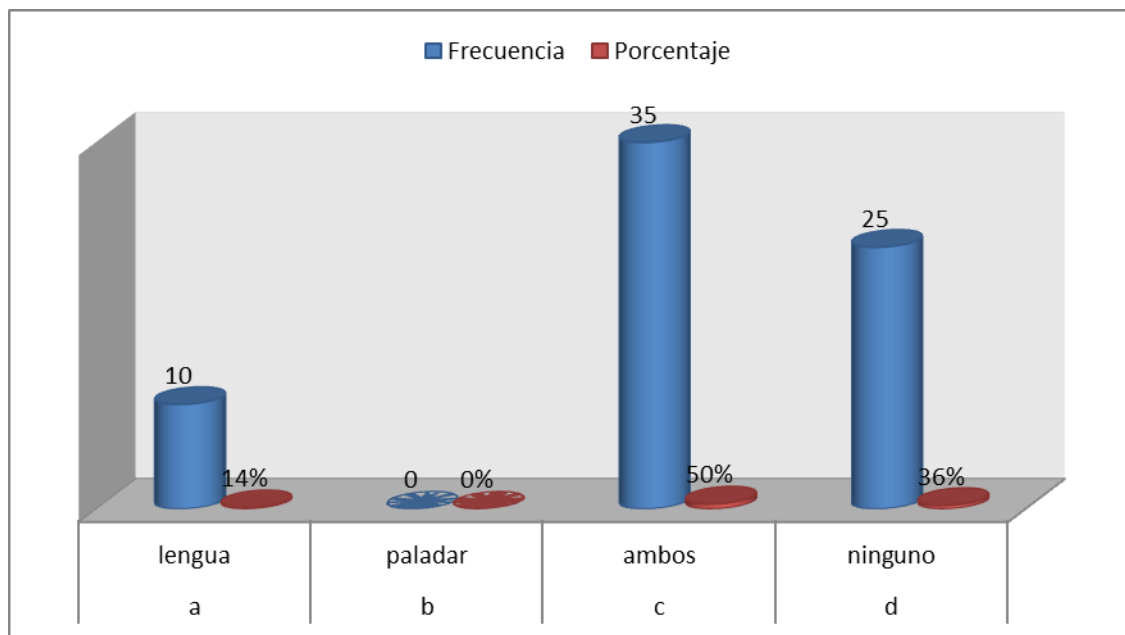
El 40% de los pacientes diabéticos realizan un cepillado de 1 – 2 minutos; como señala el texto García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 75, **“El tiempo promedio de un cepillado es de un minuto, pero por lo general se cepilla de 2 a 3 minutos.”**

Según los datos obtenidos los pacientes diabéticos cepillan sus dientes de uno a dos minutos.

Graficuario # 8

¿Al cepillar sus dientes también cepilla?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	lengua	10	14%
b	paladar	0	0%
c	ambos	35	50%
d	ninguno	25	36%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #8

El resultado de las encuestas nos indica que el 50% de los pacientes cepilla la lengua y el paladar, el 36% no realizan la limpieza de estas partes, el 14% cepilla su lengua.

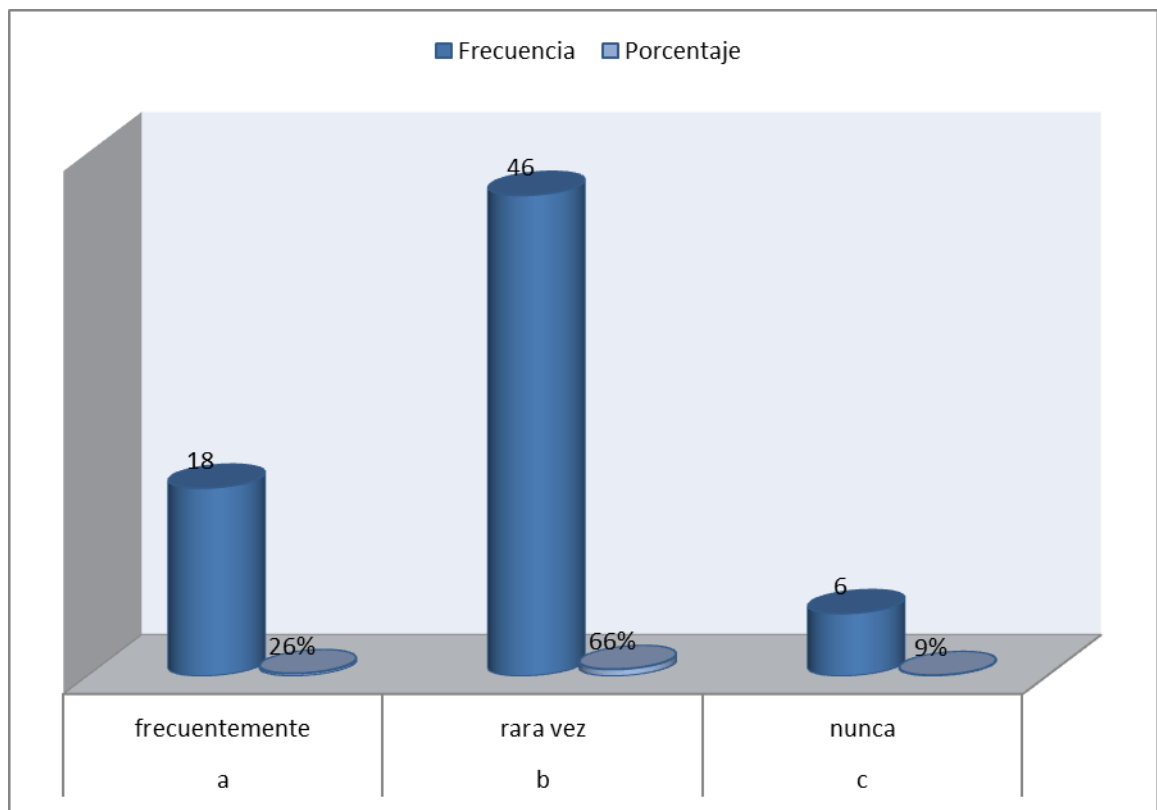
Analizado los resultados de las encuestas un 50% de los pacientes si cepillan la lengua y paladar; como lo señala el texto García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005, pg. 77. **“Los cepillos de la lengua y del paladar ayudan a disminuir los detritos, la placa y la cantidad de microorganismos orales. Las papilas de la lengua proporcionan partes especialmente proclives a la acumulación de bacterias y detritos.”**

Esto nos indica que los pacientes diabéticos además de realizar el cepillado de sus dientes también cepillan su lengua y paladar.

Graficadro # 9

¿Le han realizado limpiezas dentales?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	frecuentemente	18	26%
b	rara vez	46	66%
c	nunca	6	9%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #9

Los resultados dirigidos a los pacientes diabéticos mostraron que el 66% se realizan limpiezas dentales rara vez, el 26% frecuentemente y el 9% nunca se han realizado una profilaxis dental.

Analizado los resultados un 66% de los pacientes se han realizado limpiezas dentales, rara vez; como indica la página web:

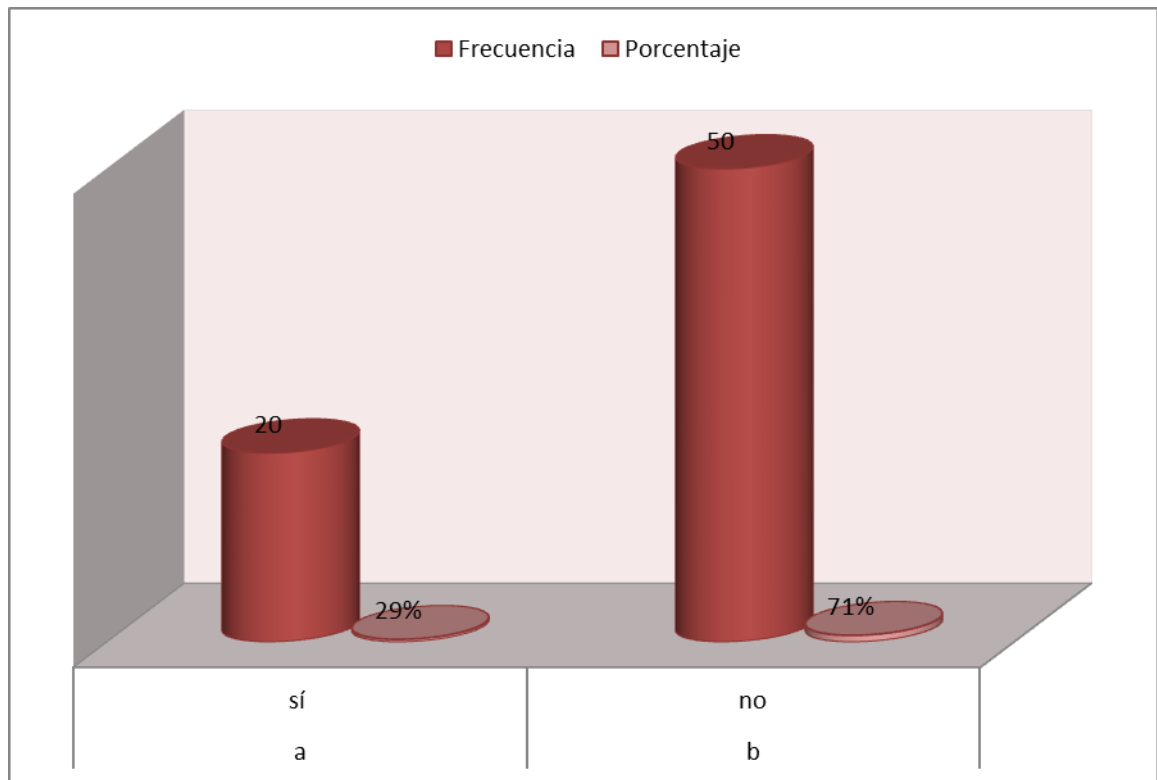
<http://www.ems-company.com/sp/dental/treatments/prophylaxis/> : **“La limpieza mecánica profesional de los dientes supone la eliminación selectiva de la placa de la superficie de todos los dientes. La placa se concentra en las superficies de los dientes obviadas generalmente por los pacientes, los depósitos de placa a menudo son mayores en la abertura mandibular lingual de los molares y premolares y siempre se encuentra en los espacios interproximales.”**

El mayor porcentaje de los pacientes diabéticos se ha realizado limpiezas dentales rara vez, lo que favorece a la acumulación de placa bacteriana.

Graficuario # 10

¿Ha recibido charlas sobre salud bucal?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	sí	20	29%
b	no	50	71%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #10

Se observó que el 71% de los pacientes encuestados no ha recibido charlas sobre salud bucal y el 29% si las ha recibido.

El 71% de los pacientes diabéticos desconoce sobre la salud bucal; según lo indicado en la página web:

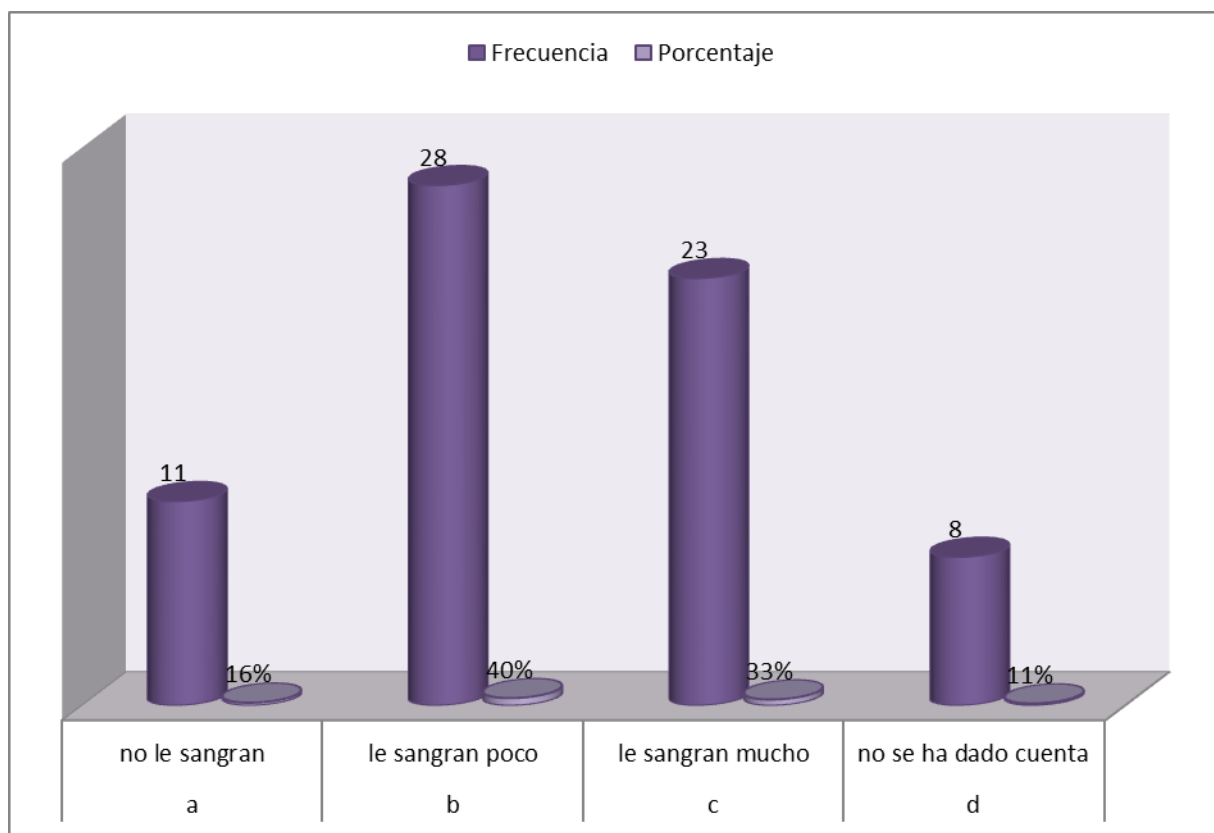
<http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20202-enfermedad.htm>“**Los afectados no están muy sensibilizados con este problema, por lo que los odontólogos deben promover medidas preventivas sencillas para erradicar hábitos que producen las enfermedades periodontales, creando conciencia en la población, educándoles y motivándoles para que conozcan la importancia de la salud bucal y como poder prevenir las enfermedades periodontales.**”

Según los datos obtenidos los pacientes diabéticos debe ser motivados por medio de imágenes o charlas sobre el cuidado de mantener una boca libre de enfermedades.

Graficadro # 11

¿Le sangran las encías al cepillarse sus dientes?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	no le sangran	11	16%
b	le sangran poco	28	40%
c	le sangran mucho	23	33%
d	no se ha dado cuenta	8	11%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #11

El resultado de las encuestas nos indica que el 40% de los pacientes presenta poco sangrado en sus encías, el 33% le sangran mucho, el 16% no le sangran y el 11% no se ha dado cuenta.

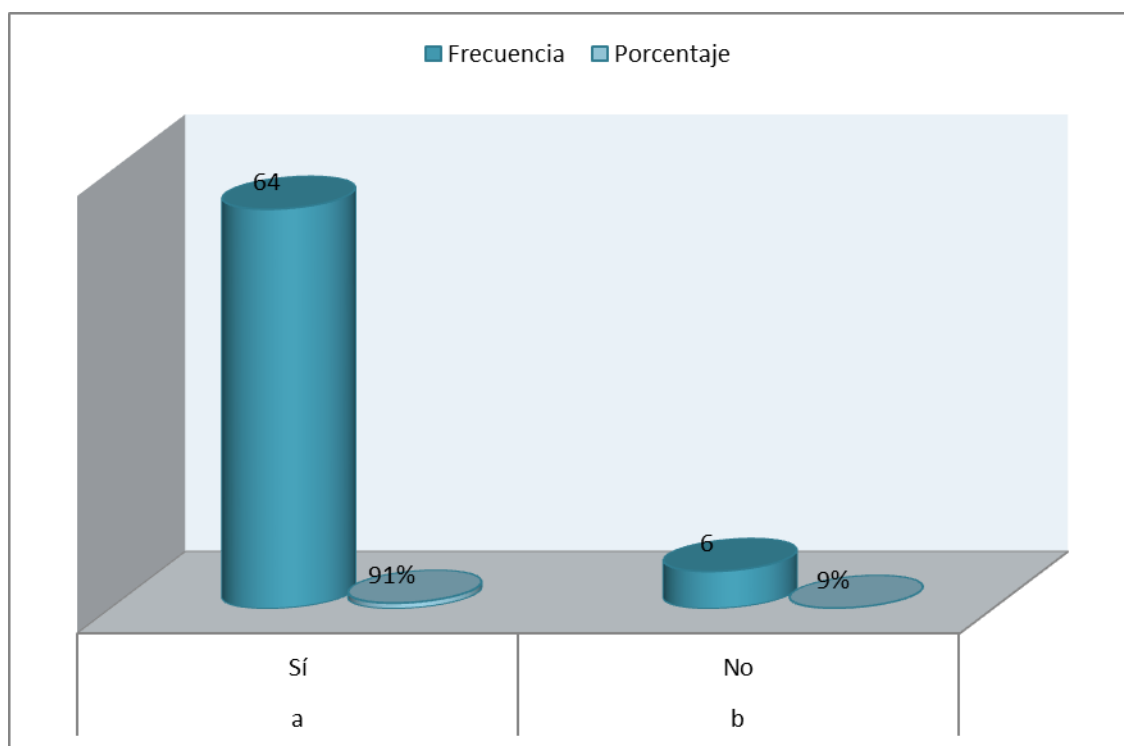
El 40% de los pacientes muestra poco sangrado en sus encías, como indica la página www.saludactual.com, **“Cuando las encías comienzan a sangrar, estamos en presencia de una inflamación que no cesara hasta que el paciente sea sometido a una higiene de rutina. Se observaran encías enrojecidas, sangrantes, brillantes y presencia de sarro en los márgenes de los dientes. Al eliminar el sarro a través de métodos clínicos, la inflamación desaparece y las encías vuelven a tener el color típico de estas, rosadas, sin brillo ni sangramiento.”**

El mayor porcentaje de los pacientes diabéticos presentan sus encías inflamadas lo que les produce sangrado durante el cepillado dental.

Graficuario # 12

¿Cree usted que al no tratar el sangrado de sus encías lo lleve a la pérdida de sus dientes?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	Sí	64	91%
b	No	6	9%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #12

Se observó que el 91% de los pacientes encuestados opinan que al no tratar sus encías lo lleve a la pérdida de los dientes y el 9% opina lo contrario.

El 91% de los pacientes diabéticos afirman que al no tratar sus encías lo lleve a la pérdida de sus dientes.

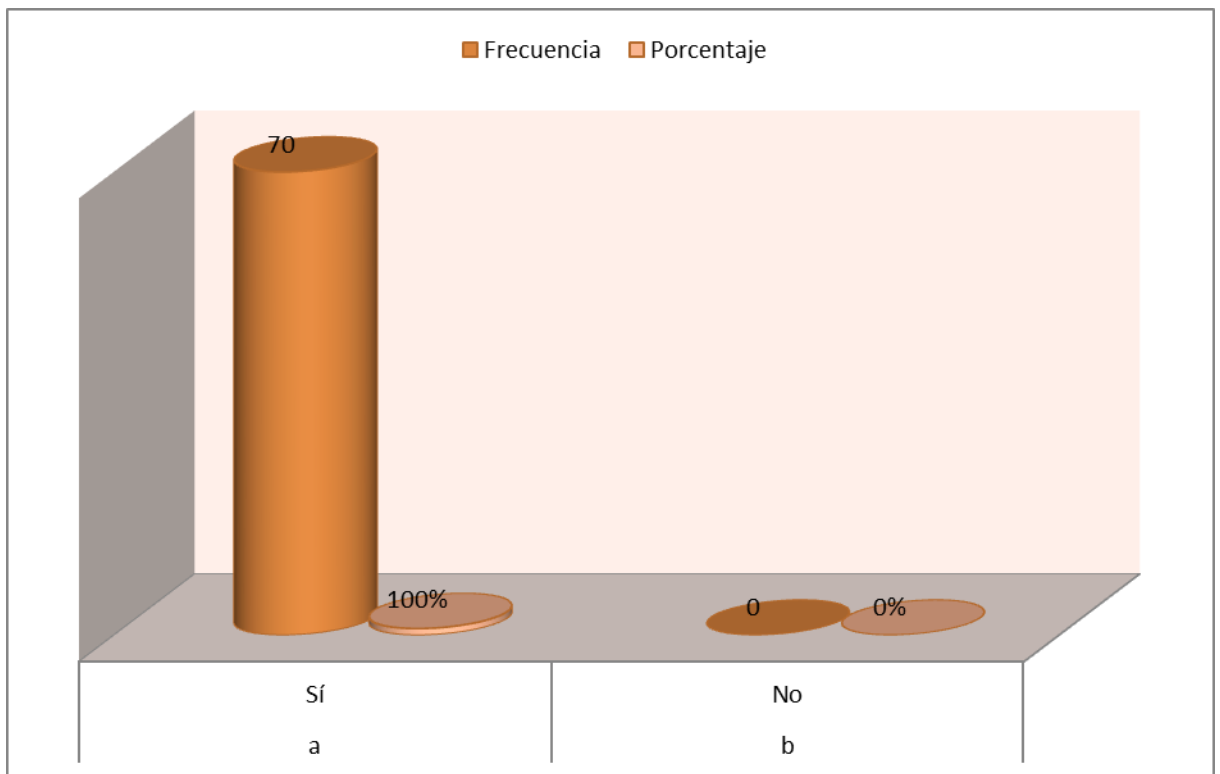
“El tratamiento para la gingivitis simple es asistir al odontólogo, para que con los instrumentos especializados se remueva toda la placa bacteriana que se encuentra entre la base del diente y la encía, debido a esto es recomendable asistir cada seis meses al dentista para una limpieza profesional, ésta no se debe de realizar con frecuencia ya que podría deteriorar el esmalte dental”, indicado por el texto Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 590-591.

Según los datos obtenidos los pacientes diabéticos no tratan la enfermedad de sus encías provocándole las pérdidas de sus dientes.

Graficuario # 13

¿Cree usted que el sarro puede dañar sus dientes?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	Sí	70	100%
b	No	0	0%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #13

Los resultados dirigidos a los pacientes diabéticos mostraron que el 100% cree que el sarro puede dañar sus dientes.

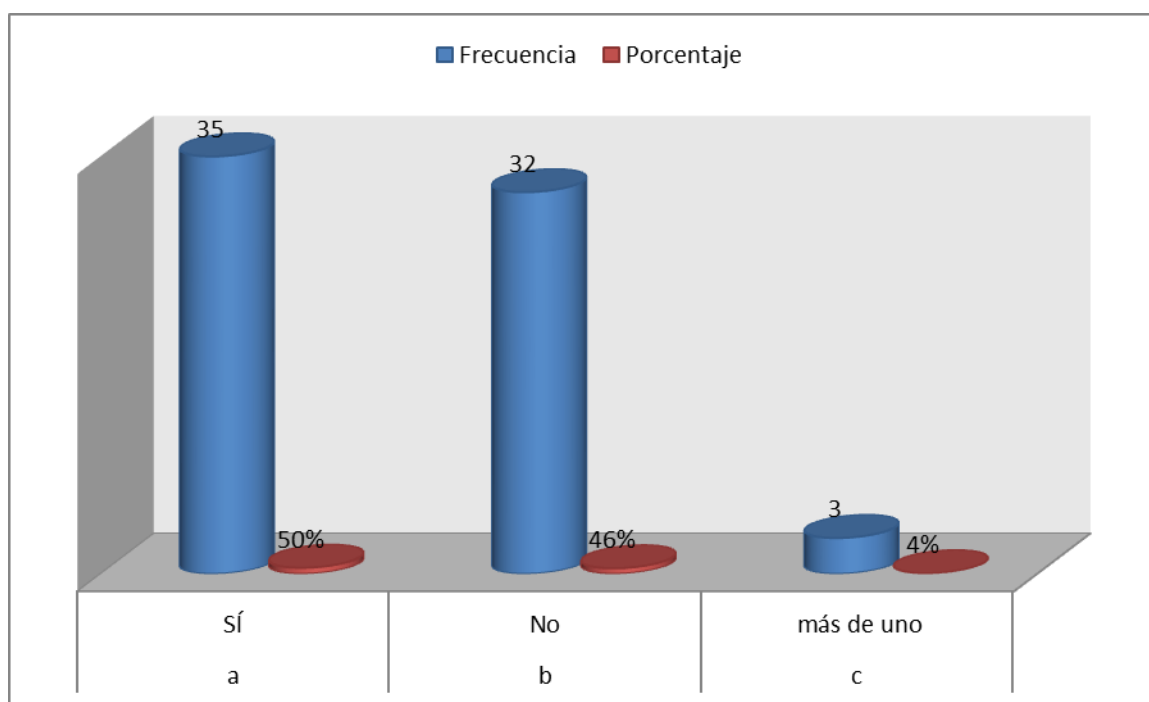
El 100% de los pacientes diabéticos afirma que el sarro daña sus dientes; como lo indica la página www.medlineplus.gov.com, **“La gingivitis se debe a los efectos a largo plazo de los depósitos de placa, un material adherente compuesto de bacterias, moco y residuos de alimentos que se desarrolla en las áreas expuestas del diente. La placa es la principal causa de enfermedades periodontales, y si no se remueve, se convierte en un depósito duro denominado sarro, que queda atrapado en la base del diente. La placa y el sarro irritan e inflaman las encías. Las bacterias y las toxinas que están presentes hacen que las encías se infecten, inflamen y se vuelvan sensibles.”**

Lo que nos indica que en los pacientes diabéticos se debe de remover el sarro para disminuir las lesiones a los tejidos de soporte.

Graficuario # 14

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

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	SÍ	35	50%
b	No	32	46%
c	más de uno	3	4%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #14

Los resultados dirigidos a los pacientes diabéticos mostraron que el 56% presenta dientes móviles, el 46% no presentan movilidad y el 4% presentan más de un diente móvil.

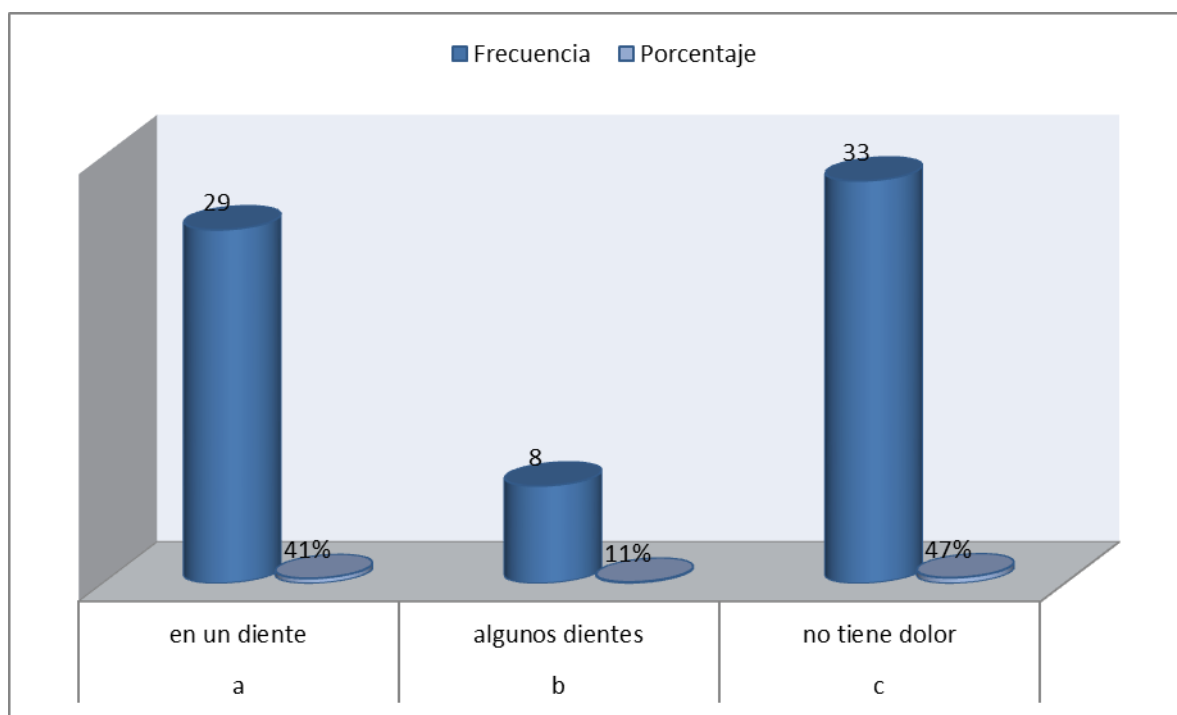
El 56% de los pacientes diabéticos presenta movilidad dentaria; como indica el texto Barrios M, Gustavo. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005, pg. 593 – 595 **“Se puede observar sangrado, que puede aparecer de manera espontánea, movilidad de los dientes y abundante sarro de coloración café. La reabsorción del hueso del hueso es irreversible pero si puede ser detenida a través de procedimientos clínicos como los mencionados anteriormente junto con una etapa llamada pulido radicular, donde se pulen las raíces por debajo de la encía para eliminar la presencia de sarro remanente, alisar para disminuir la posibilidad de que las bacterias se colonicen y facilitar la reparación de las encías.”**

El mayor porcentaje de los pacientes diabéticos presentan movilidad dentaria a consecuencia a sus escasos hábitos higiénicos.

Graficuario # 15

¿Siente dolor al masticar?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	en un diente	29	41%
b	algunos dientes	8	11%
c	no tiene dolor	33	47%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #15

Se analizó que el 47% de los pacientes encuestados no sienten dolor al masticar, el 41% siente dolor en un diente y el 11% en algunos dientes.

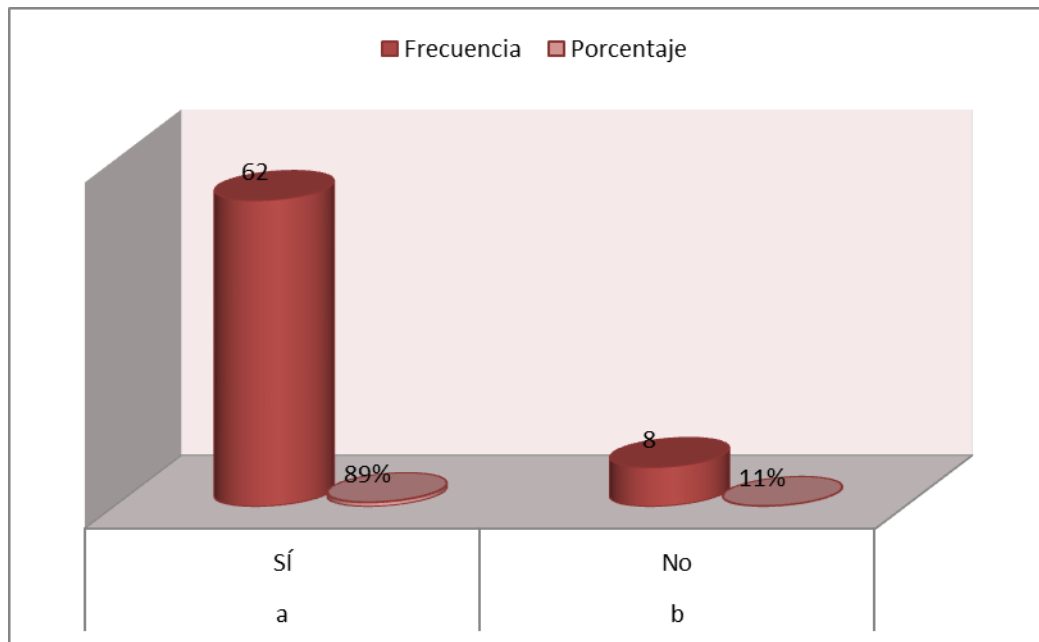
El 47% de los paciente diabéticos no tienen dolor al masticar; como indica la página web [www.wikipedia.org.wike.enfermdedad periodontal](http://www.wikipedia.org.wike.enfermdedad%20periodontal) **“Tiene efectos como, mal aliento, dolor al masticar y sangrados abundantes, movilidad dentaria, pérdida de inserción pérdida ósea. Al principio puede manifestarse por una ligera inflamación gingival, con sangrado discreto de las encías al cepillarse los dientes y un cierto grado de tumefacción y enrojecimiento de las encías.”**

Esto nos indica que los pacientes diabéticos sienten dolor al masticar sus alimentos a consecuencia de la enfermedad periodontal.

Graficadro # 16

¿Conoce usted si la diabetes influye en las enfermedades de las encías?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	SÍ	62	89%
b	No	8	11%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #16

De los 70 pacientes encuestados el 89% cree que la diabetes si influye en las enfermedades de las encías y el 11% opina lo contrario.

El 89% de los pacientes afirma que la diabetes influye en las enfermedades de las encías; Como indica la página web:

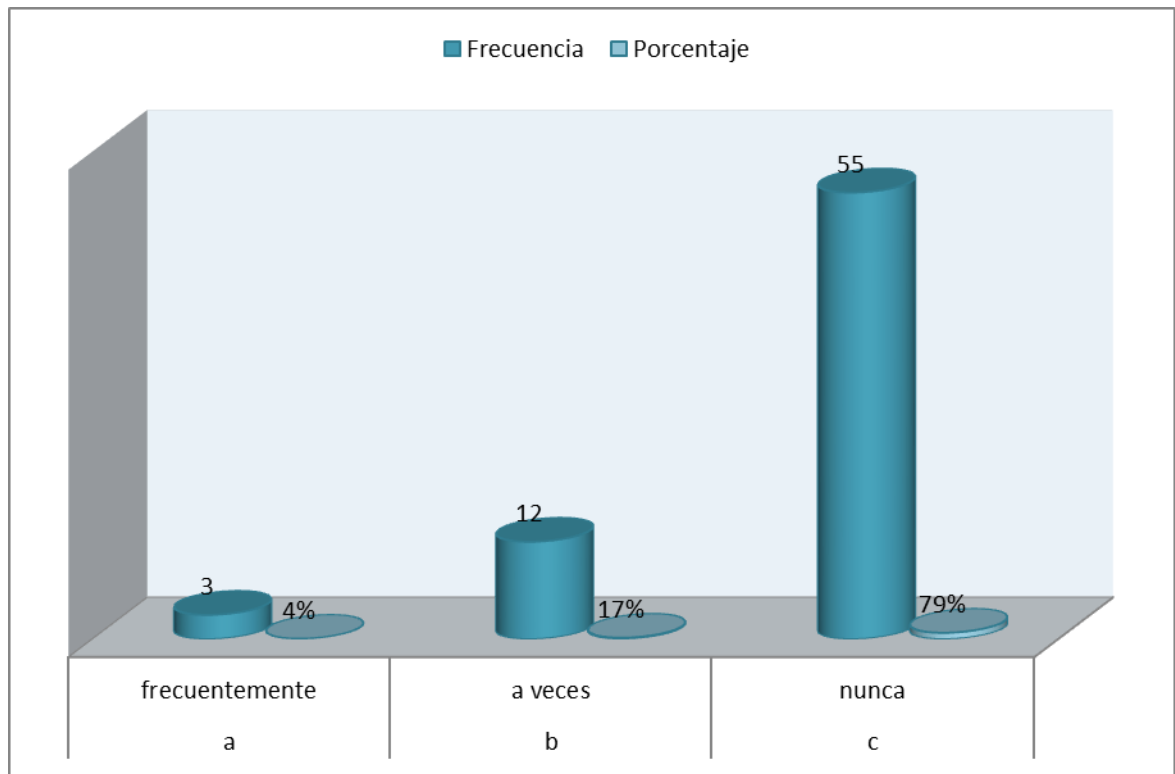
http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/gingiva/period01.htm **“La respuesta gingival de los pacientes con diabetes no controlada, ante la acumulación de placa dental, suele ser acentuada, produciéndose una encía hiperplásica. Característicamente, los pacientes diabéticos no controlados presentan hallazgos periodontales, como lo son: la presencia de abscesos gingivales, las proliferaciones granulares subgingivales, ensanchamiento del ligamento periodontal, pérdida del hueso alveolar, produciéndose consecutivamente movilidad dentaria extrema y pérdida precoz de los dientes.”**

Según los datos obtenidos los pacientes diabéticos están conscientes de que su enfermedad le afecta a sus encías.

Graficadro # 17

¿Fuma?

Alternativas	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a	frecuentemente	3	4%
b	a veces	12	17%
c	nunca	55	79%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO #17

El resultado de las encuestas demostró que el 79% de los pacientes nunca ha fumado, el 17% a veces y el 4% frecuentemente.

El 79% de los pacientes diabéticos no fuma; como indica la página web www.alimentaciónsana.com.ar **“Los fumadores se acostumbran tanto a ese mal olor en la boca que no lo sienten, pero las personas que no fuman intentaran evitar las conversaciones de corta distancia con fumadores debido al olor del tabaco que proviene de sus bocas.”**

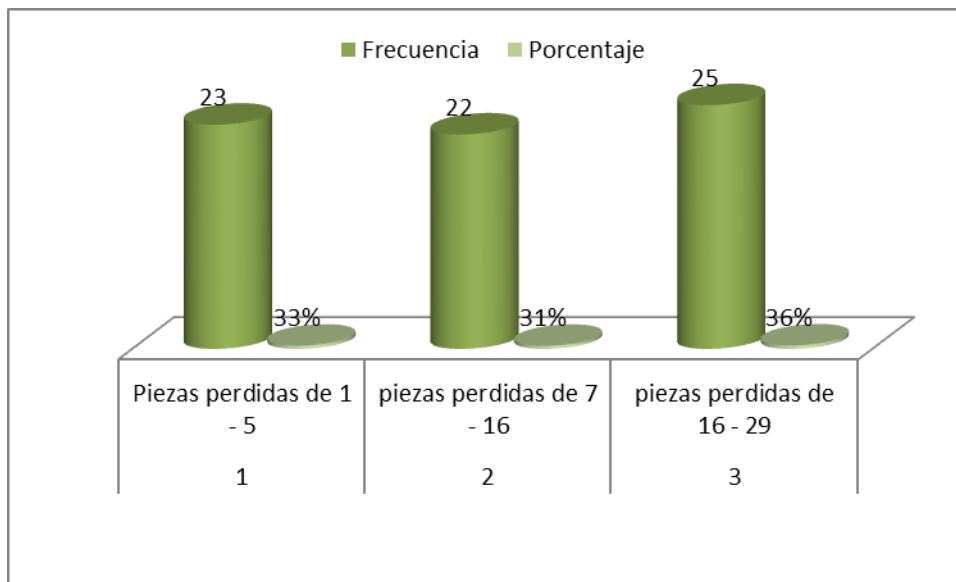
Esto nos indica que los pacientes diabéticos deben de eliminar este hábito porque es un factor de riesgo para las enfermedades periodontales.

7.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS OBSERVACIONES CLÍNICAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD “MEJÍA” DE LA PARROQUIA PICOAZÁ DEL CANTÓN PORTOVIEJO.

Graficadro # 1

Piezas Perdidas

N° de orden	Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1	Piezas pérdidas de 1 - 5	23	33%
2	piezas pérdidas de 7 - 16	22	31%
3	piezas pérdidas de 16 - 29	25	36%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 1

Al realizar la ficha odontológica se pudo observar que el 36% de los pacientes presentan de 16 – 29 piezas perdidas de, el 33% de 1 – 5 y el 31% de 7 – 16 piezas perdidas.

El 36% de los pacientes diabéticos presentan la mayor cantidad de piezas perdidas, como lo indica la página web:

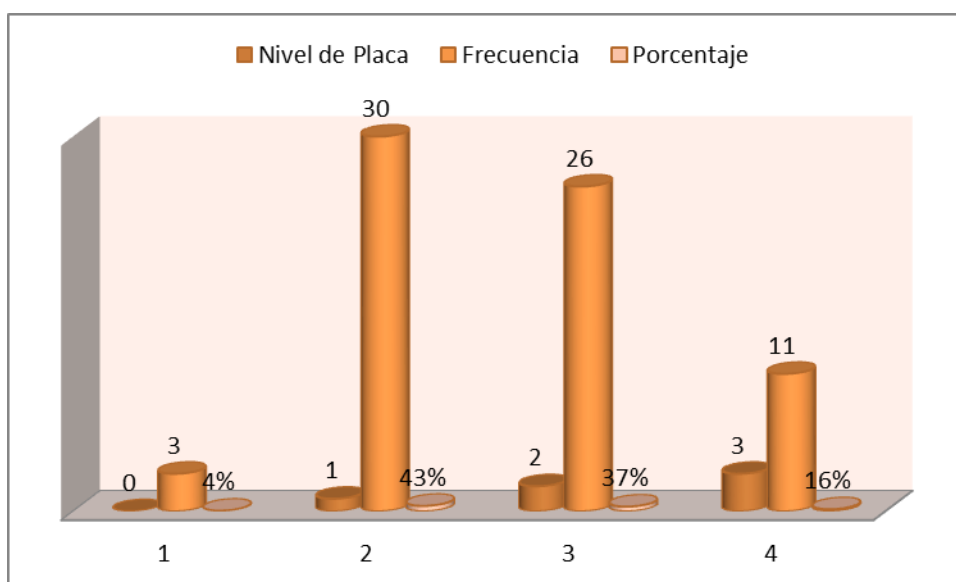
http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/gingiva/period01.htm “**Característicamente, los pacientes diabéticos no controlados presentan hallazgos periodontales, como lo son: la presencia de abscesos gingivales, las proliferaciones granulares subgingivales, ensanchamiento del ligamento periodontal, pérdida del hueso alveolar, produciéndose consecutivamente movilidad dentaria extrema y pérdida precoz de los dientes.**”

Esto nos indica que los pacientes diabéticos han perdido el mayor número de sus piezas dentarias debido al progreso de la enfermedad periodontal.

Graficadro # 2

Placa bacteriana

Nivel de Placa	Frecuencia	Porcentaje
0	3	4%
1	30	43%
2	26	37%
3	11	16%
Total	70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 2

Del 100% de los pacientes observados clínicamente en cuanto a la placa bacteriana tenemos: que el 43% presenta placa bacteriana de nivel I; el 37% presenta un nivel II; el 16% un nivel III y el 4% un nivel 0.

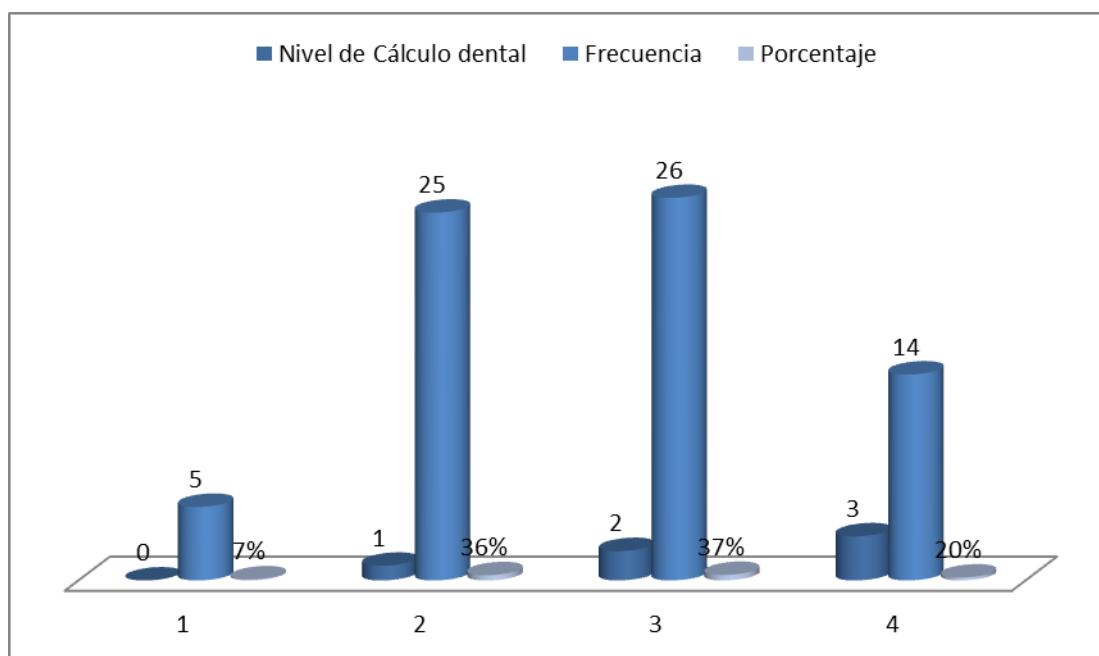
El 43% de los pacientes diabéticos presentan placa bacteriana, como lo señala la página web www.odonto.uc.ve. **“La saliva cumple la función de barrido mecánico junto con otras estructuras bucales higienizando la mucosa oral, lengua y dientes, lavando continuamente detritus y bacterias con potencial odorífero, la reducción de la proporción del flujo salival y el estancamiento salival, contribuye a la formación de placa bacteriana y halitosis.”**

Lo que indica que los pacientes diabéticos presentan problemas periodontales debido al mal cepillado dental.

Graficuario # 3

Cálculo dental

Nivel de Cálculo dental	Frecuencia	Porcentaje
0	5	7%
1	25	36%
2	26	37%
3	14	20%
Total	70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 3

En el examen clínico que se les realizó a los pacientes diabéticos se pudo observar que el 37% presentan cálculo dental de grado II; el 36% presentan cálculo dental de grado I; el 20% presentan cálculo dental de grado III y el 7 % presentan cálculo dental de grado 0.

El 37% de los pacientes diabéticos presentan cálculo dental, por no tener buenos hábitos de higiene bucal, como lo indica la página web http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/gingiva/period01.htm

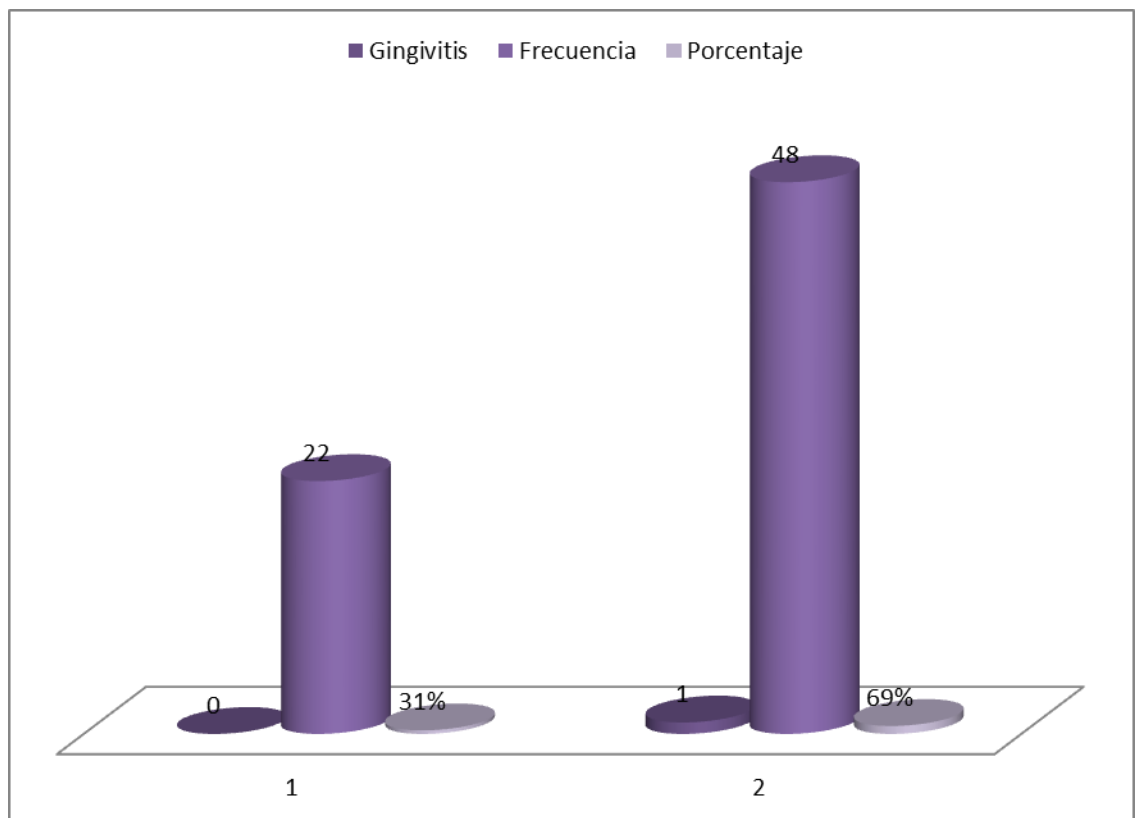
“La respuesta gingival de los pacientes con diabetes no controlada, ante la acumulación de placa dental, suele ser acentuada, produciéndose una encía hiperplásica”.

Según los datos obtenidos los pacientes diabéticos presentan cálculo dental debido a que no asisten a visitas periódicas al odontólogo.

Graficuario # 4

Gingivitis

Gingivitis	Frecuencia	Porcentaje
0	22	31%
1	48	69%
Total	70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 4

En el examen clínico que se les realizó a los pacientes diabéticos se pudo observar que el 69% presenta gingivitis de grado I y el 31 % presenta gingivitis de grado 0.

El 69 % presenta gingivitis de grado 1, como lo señala la página web: http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/gingiva/period01.htm **“Esta relación entre diabetes y enfermedad periodontal ha sido ampliamente estudiada. Algunos autores señalan que la diabetes es un factor predisponentes capaz de reducir la resistencia de los tejidos periodontales a la actividad microbiana y en contraste, otros han encontrado que la presencia de infecciones periodontales puede interferir con la regulación de los niveles de glucosa en sangre.**

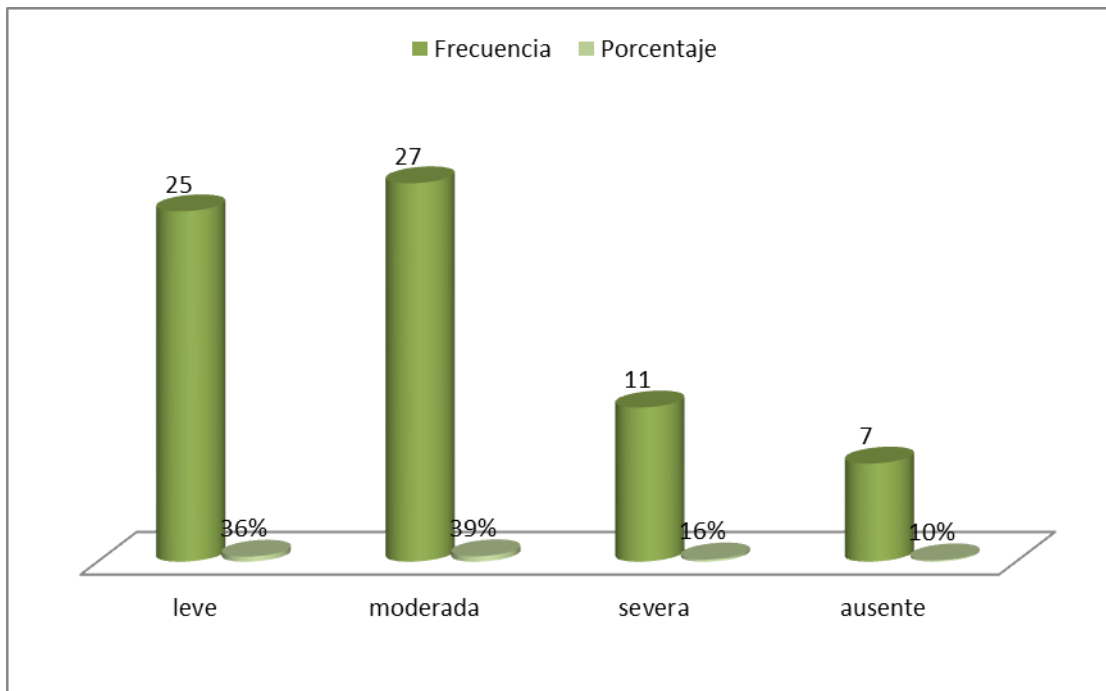
Principalmente los pacientes con diabetes tipo 1, tienen mayor riesgo de gingivitis/Periodontitis y la padecen con mayor número de bolsas por pérdida de inserción y hueso alveolar, severidad que aumenta con la edad.”

Esto nos indica que el paciente diabético por presentar un sistema inmunológico disminuido es propenso a enfermedades dentales como son gingivitis y periodontitis.

Graficadro # 5

Enfermedad periodontal

Enfermedad Periodontal	Frecuencia	Porcentaje
leve	25	36%
moderada	27	39%
severa	11	16%
ausente	7	10%
Total	70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 5

Del 100% de los pacientes observados clínicamente en cuanto a la enfermedad periodontal tenemos: que el 39% presenta enfermedad periodontal moderada; el 36% presenta enfermedad periodontal leve; el 16% presenta enfermedad periodontal severa y el 10% ausencia en esta enfermedad.

El 39% presenta enfermedad periodontal, como lo indica la página web <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20202-enfermedad.htm>

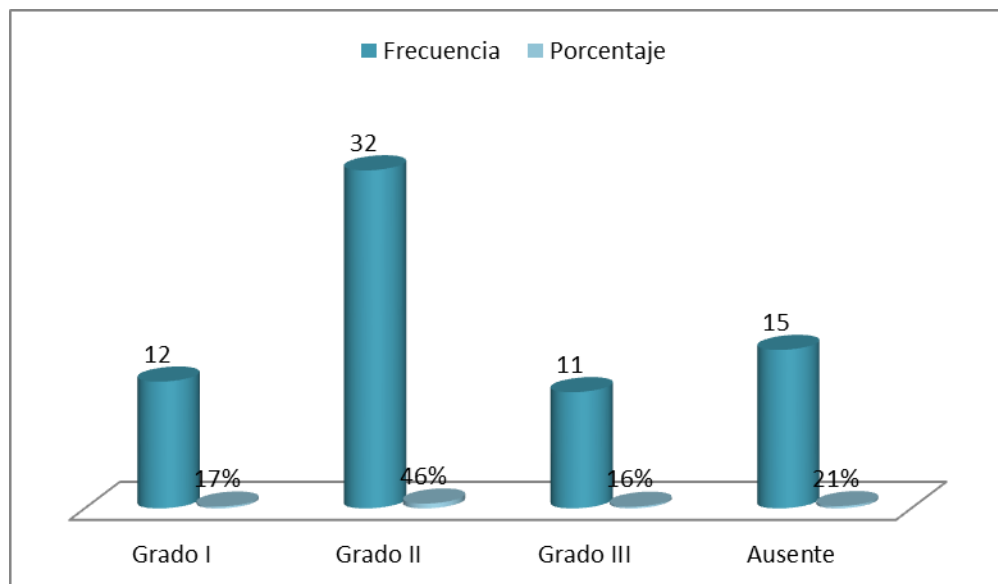
“Actualmente la enfermedad periodontal tiene mayor importancia, no solamente para la salud oral, sino que se ha constituido como un factor de riesgo importante para la salud sistémica de los pacientes. Es importante que el odontólogo tenga las herramientas suficientes para su correcto diagnóstico.”

Según los datos obtenidos el paciente diabético presenta enfermedad periodontal y si ésta no es tratada provoca las pérdidas de sus dientes.

Graficuario # 6

Movilidad dental

Movilidad Dental	Frecuencia	Porcentaje
Grado I	12	17%
Grado II	32	46%
Grado III	11	16%
Ausente	15	21%
Total	70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 6

En el examen clínico que se les realizó a los pacientes diabéticos se pudo observar que el 46% presenta movilidad de grado II; el 21% no presenta esta enfermedad; el 17% presenta movilidad de grado I y el 16% presenta movilidad grado III.

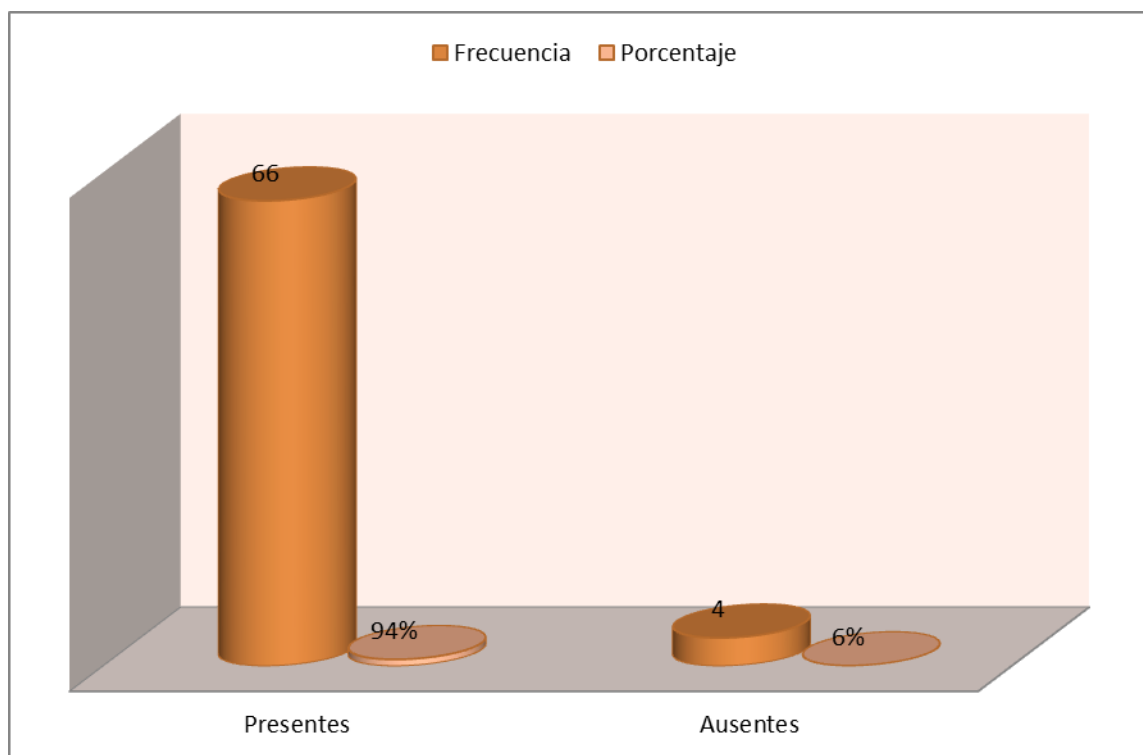
El 46% de los pacientes diabéticos presentan movilidad dental, como lo señala el texto Linhe, Jhan. “Periodontología Clínica” Editorial Panamericana. 2005 pg. 232 **“Se describen diversos cambios periodontales en los pacientes diabéticos, como una tendencia hacia la formación de abscesos, periodontoclasia diabética, encía expandida, pólipos gingivales sésiles o pedunculados, proliferaciones polipoides de la encía y dientes móviles.”**

Según los datos obtenidos los pacientes diabéticos presentan movilidad dental signo característico de una periodontitis avanzada.

Graficuario # 7

Recesión Gingival

Recesión Gingival	Frecuencia	Porcentaje
Presentes	66	94%
Ausentes	4	6%
Total	70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 7

Del 100% de los pacientes observados clínicamente en cuanto a recesiones gingivales tenemos: que el 94% presenta recesión y el 6% ausencia de esta.

El 94% de los pacientes diabéticos presenta recesión gingival, como lo señala http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/gingiva/period01.htm.

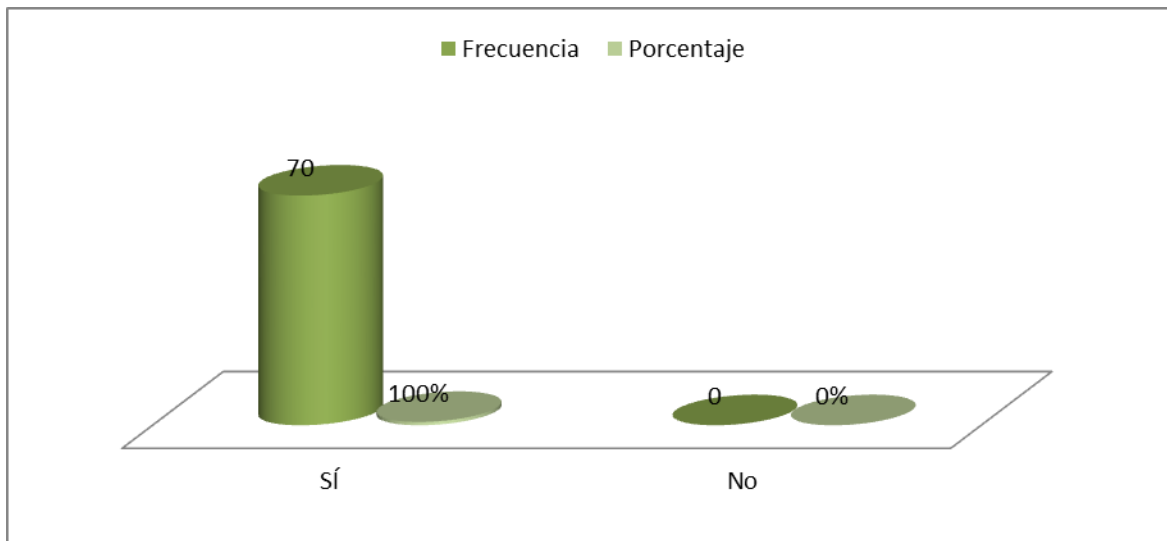
“Principalmente los pacientes con diabetes tipo 1, tienen mayor riesgo de gingivitis/Periodontitis y la padecen con mayor número de bolsas por pérdida de inserción y hueso alveolar, severidad que aumenta con la edad.”

El mayor porcentaje de los pacientes diabéticos presenta destrucción de las estructuras de soporte por progreso de la enfermedad periodontal.

Graficuario # 8

Eficacia y control del tratamiento de la Diabetes

Tratamiento Médico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	70	100%
No	0	0%
Total	70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 8

Las encuestas realizadas a los pacientes diabéticos demostraron que el 100% bajo tratamiento médico; el 67% cumple con eficacia su tratamiento y el 3 % no cumple.

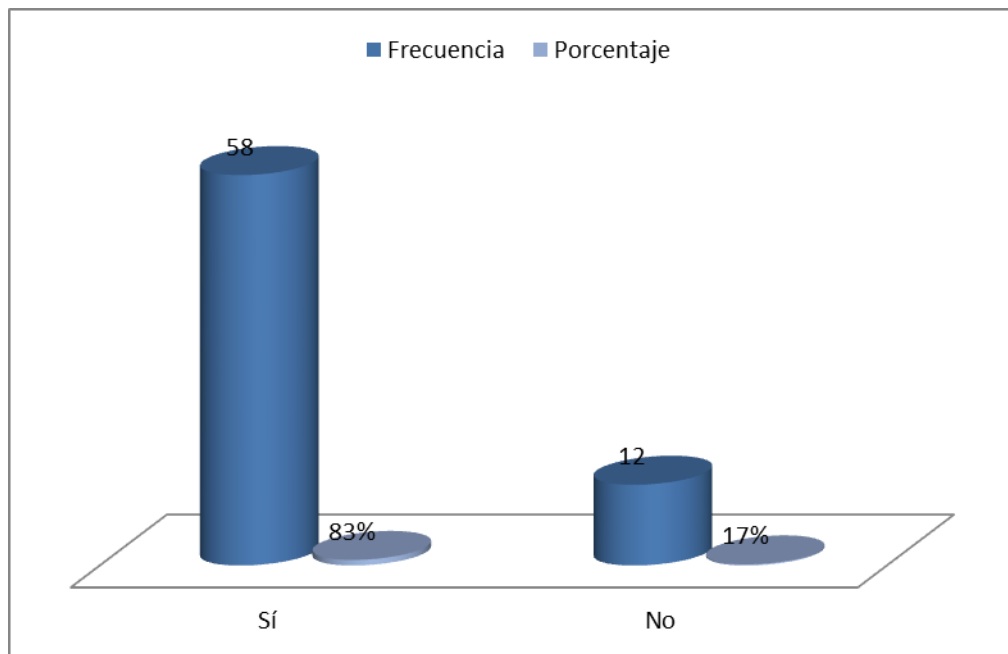
El 67% de los pacientes diabéticos cumplen con eficacia su tratamiento; como indica el texto Amaro Sánchez J, Sanz Alonso M. Diabetes y Periodontitis: Patogenia de una relación bidireccional. Periodoncia 2005; 12: 201-212) **“Antes de un tratamiento dental es importante conocer el historial médico y valorar el control de la glucemia que tiene el paciente. Se debe investigar el tratamiento que recibe, así como dosis y la frecuencia con la que se administra. Prescribir medicaciones concomitantes puede alterar el control de la glucemia porque interfieren con la insulina o con el metabolismo de los carbohidratos.”**

El mayor porcentaje de los pacientes diabéticos cumplen su tratamiento para así mejorar su calidad de vida y su bienestar general.

Graficuario # 9

Halitosis

Halitosis	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	83%
No	12	17%
Total	70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 9

Del 100% de los pacientes encuestados el 83% presenta halitosis y el 17 no presenta%.

El 83 % de los pacientes diabéticos presentan mal aliento; como lo indica la página web; http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/gingiva/period01.htm.”

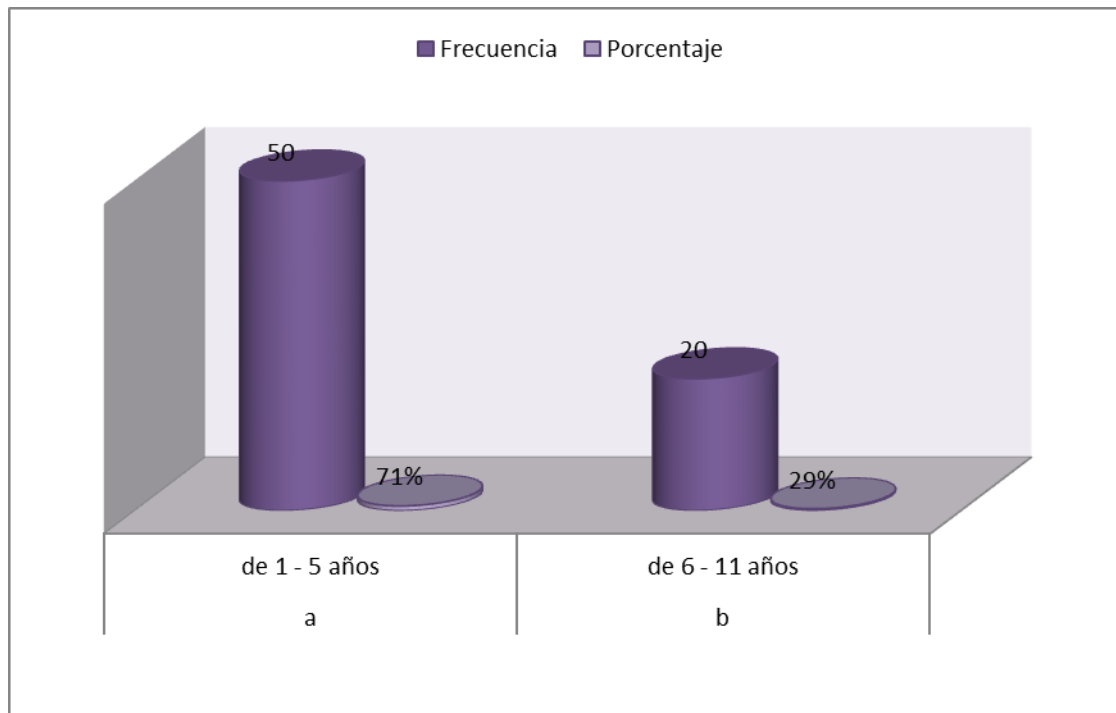
Aquellos no controlados tienen mayor susceptibilidad de presentar infecciones, por lo que pueden desarrollar manifestaciones bucales como candidiasis, xerostomía, sensación de quemazón en boca y lengua, alteraciones del gusto, cicatrización alterada, reducción de los mecanismos de defensa, aliento cetónico, retraso en la erupción dentaria.”

Lo que nos indica que los pacientes diabéticos presentan un olor desagradable lo que los distancia de la sociedad debido a los problemas de la cavidad oral.

Graficadro # 10

Tiempo en que le detectaron Diabetes

Alternativas	Tiempo de padecimiento con diabetes	Frecuencia	Porcentaje
a	de 1 - 5 años	50	71%
b	de 6 - 11 años	20	29%
Total		70	100%



FUENTE: historias clínicas realizadas a los pacientes diabéticos.

AUTORAS: Gines Eliana y Guerrero Maritza.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL GRAFICUADRO # 10

Del 100% de los pacientes encuestados el 71% padece con esta enfermedad de 1 – 5 años y el 29% de 6 – 11 años.

El 71 % padecen de esta enfermedad sistémica desde muchos años, como lo indica el texto Fernández Enrique; Bascones Antonio, Maddalena Alejandro,” Odontología Restauradora Contemporánea Implantes Y Estética”, Ediciones avances 2009, pg. 42: **“La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas no transmisibles que ha incrementado su prevalencia a tal punto que constituye la alteración metabólica más frecuente en la población. Su atención requiere educación y cuidado multidisciplinario continuo por parte de médicos generales.**

El mayor porcentaje de los pacientes diabéticos padece esta enfermedad haciéndolos vulnerables a los procesos infecciosos.

7.3 CONCLUSIONES

La causa principal de las enfermedades periodontales encontradas en los pacientes diabéticos del subcentro Mejía se debe a la falta de cultura preventiva e información sobre la salud bucal.

Los pacientes diabéticos presentan una alta incidencia de enfermedad periodontal, debido a que los indicadores de higiene oral son altos.

Los diabéticos presentan movilidad dentaria a causa del daño severo de los tejidos periodontales y de pérdida ósea, ya que no cumplen con una buena higiene bucal; pero también se observó que un porcentaje de pacientes no presentan movilidad.

Existe relación de la diabetes con las enfermedades periodontales, ya que hay un alto índice de placa bacteriana, cálculo y gingivitis, a causa de que el cepillado dental no es frecuente y la visita al odontólogo no son regulares.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Barrancos Mooney Julio**, “Operatoria Dental”, panamericana 2006
2. **Barrezueta Narváez, Dr. Daniel**. “**Diabetes y Endocrinología**”, Para clínicos y Pediatras. 1^{era} edición 2005.
3. **Barrios M, Gustavo**. “Odontología”, tomo I, Nueva edición. Colombia 2005
4. **Bello GJ**; Actualidades médico odontológicas latinoamericana, edición 2005 pg.243.
5. **Darío Forero, Mauricio Moya, Mercedes Pinzón**. Manual de Odontología Básica Integrada edición 2005.
6. **Fernández Enrique; Bascones Antonio, Maddalena Alejandro**,” Odontología Restauradora Contemporánea Implantes Y Estética”, Ediciones avances 2009.
7. **García Franklin – Godoy, Norman O. Harris;**” Odontología Preventiva Primaria” manual moderno 2005
8. **Salud oral**. Gingivitis concepto edición 2008.
9. **http://www.dentalw.com/papers/general/est_01195.htm**
10. **<http://www.odontomarketing.com/articulos/art39.htm>**.
11. **http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A34.pdf**
12. **<http://odontoweb.espaciolatino.com/html/pacietes/orto3.html>**.
13. **<http://tenemosperiodontitis.blogspot.com/2010/01/el-cuidado-bucal-de-los-espanoles-cada.html>**
14. **<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v6n3/resumenes.pdf>**
15. **<http://www.dgepi.salud.gob.mx/bdsiveab/2008/SIVEPAB-Bol-2-jun08.pdf>**
16. **<http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20202-enfermedad.htm>**

17. **http://www.europapress.es/chance/elbuenvivir/noticia-cuidado-bucal-espanoles-cada-vez-mejor-20091223110010.html**
http://www.geosalud.com/diabetesmellitus/DMtipo2.htm
18. **http://www.iqb.es/d_mellitus/medico/complica/gingiva/period01.htm**
19. **http://www.lular.info/a/salud/2010/07/Cuales-son-los-diferentes-tipos-de-enjuague-bucal.html**
20. **http://www.odontologiaestetica.com/limpieza_dental_profesional1.htm**
21. **http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD026.pdf**
22. **www.periodoncia2//odonto.com**
23. **www.profilaxis.com**

PROPUESTA ALTERNATIVA

1. TÍTULO

PLAN DE CAPACITACIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS DEL SUBCENTRO DE SALUD MEJÍA DE LA PARROQUÍA PICOAZÁ DEL CANTÓN PORTOVIEJO, PARA PREVENIR ENFERMEDADES PERIODONTALES.

ENTIDAD EJECUTORA

SUBCENTRO DE SALUD MEJÍA

CLASIFICACIÓN DEL PROYECTO

SOCIAL EDUCATIVO

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA

PARROQUIA PICOAZÁ

2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

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

Esta propuesta va encaminada al mejoramiento de la salud oral en los pacientes diabéticos que acuden al subcentro de salud Mejía los cuales padecen problemas periodontales en vista al desconocimiento que presentan, está justificada ya que es un deber como futuros profesionales en odontología realizar este tipo de investigación que será de gran aporte para la comunidad en general.

Por los resultados obtenidos en la investigación, donde se demostró el mal estado de la salud bucal y la falta de cultura preventiva de los pacientes diabéticos del subcentro de salud Mejía, es necesario impartir charlas sobre la importancia de la salud bucal y las medidas preventivas para que de esta manera se cree conciencia y se ponga en práctica lo expuesto.

3. MARCO INSTITUCIONAL

El subcentro de salud de Mejía fue creado el 1 de septiembre de 1990. Como un nuevo modelo para el fomento de la salud y el mejoramiento del nivel de vida de la población ecuatoriana SAFIC (Salud Familiar Integral Comunitaria).

Fue equipado con la ayuda del Dr. Augusto Andrade, quien ejercía en ese entonces la Dirección de la Jefatura de Salud de Manabí, y con la colaboración de la comunidad.

Implementada para el servicio de la salud integral con énfasis en salud materna-infantil, inmunizaciones (PAI), nutrición (PACMI), atención médica y especialmente las visitas domiciliarias con las cuales pretendieron atender no en forma individual, si no tomar a la familia como una unidad epidemiológica y elemento de la comunidad. Teniendo especial importancia en fomento de la salud y la educación.

El equipo de salud que inició fue:

- ❖ Dra. Sara Apolinario(directora)
- ❖ Dra. Janeth Zambrano(odontóloga)
- ❖ Lcda. Yelena Linzán(enfermera)

En la actualidad solicitada desde ya hace un tiempo, que se haga una remodelación y ampliación del subcentro, gracias a la gestión de la Dra. Sara Apolinario directora del mismo y con ayuda de la comunidad, se realizaron las gestiones para hacer los planos y se comenzó en el mes de junio el trabajo tocándole al personal de salud trabajar en la casa comunal que la prestó la comunidad para que la gente pueda ser atendida normalmente.

Como todo tiene su fin llegó lo esperado y se realizó la inauguración del subcentro el día 26 de agosto del 2004.

Actualmente el subcentro cuenta con un cerramiento amplio, presentando en su interior departamento estadístico, curación, fisioterapia, odontológico, médico que sirven para satisfacer las necesidades del paciente.

4. OBJETIVOS

General

Disminuir la incidencia de las enfermedades periodontales en los pacientes diabéticos que acuden a consultas en el subcentro de salud Mejía de la parroquia Picoazá del cantón Portoviejo.

Específicos

Instruir a los pacientes diabéticos sobre la relación que existe entre la enfermedad periodontal y la diabetes.

Promover por medio de charlas educativas el mejoramiento de la higiene oral en los pacientes diabéticos que acuden a la consulta del subcentro de salud “Mejía”.

Incentivar a los pacientes diabéticos para que acudan periódicamente a consultas odontológicas para recibir tratamientos periodontales en el subcentro de salud “Mejía”

5. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Esta propuesta se estructurará de 2 fases o etapas:

1.- En la primera etapa se socializarán los resultados y se realizará un cronograma para determinar las fechas en las cuales se ejecutarán las charlas educativas en los pacientes diabéticos del subcentro de salud “Mejía”. Lo cual se llevara a cabo con la ayuda de la directora, odontólogo y la licenciada. Una vez establecida las fechas de trabajo, se comenzará a decretar las charlas a los Pacientes diabéticos del subcentro de salud “Mejía”.

2.- En la segunda etapa se le entregará al odontólogo una gigantografía, para que de esta manera se continúe impartiendo la información de manera individual a los pacientes diabéticos que acuden a la consulta, lo que permitirá que los conocimientos

lleguen también a las personas que no estuvieron presentes en las charlas establecidas o que acuden por primera vez al departamento de odontología.

Este material constará de ilustraciones como: enfermedad periodontal, técnicas de cepillado, uso del hilo dental y enjuague bucal, para que de esta manera el odontólogo logre captar la atención e interés por parte del paciente.

El día establecido de las charlas se donará tirillas y se realizarán exámenes de glucosa a los pacientes diabéticos y se entregará kits de higiene oral.

6. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios directos serán los pacientes diabéticos que acuden al subcentro de salud Mejía, quienes podrán conocer nuevos y mejores métodos preventivos para mantener una óptima salud oral, beneficiándose también el resto de usuarios de esta comunidad.

7. CRONOGRAMA

Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin
SOCIALIZACION DE LA PROPUESTA	1 día	mié 15/12/10	mié 15/12/10
ELABORACIÓN DEL CRONOGRAMA DE TRABAJO	2 días	mié 05/01/11	jue 06/01/11
PREPARACIÓN DEL MATERIAL ILUSTRATIVO	5 días	lun 20/12/10	vie 24/12/10
CHARLAS EDUCATIVAS	1 día	mié 12/01/11	mié 12/01/11
ENTREGA DE KITS ORALES	1 día	mié 19/01/11	mié 19/01/11

8.- FINANCIAMIENTO

El financiamiento será dado por las autoras de la tesis.

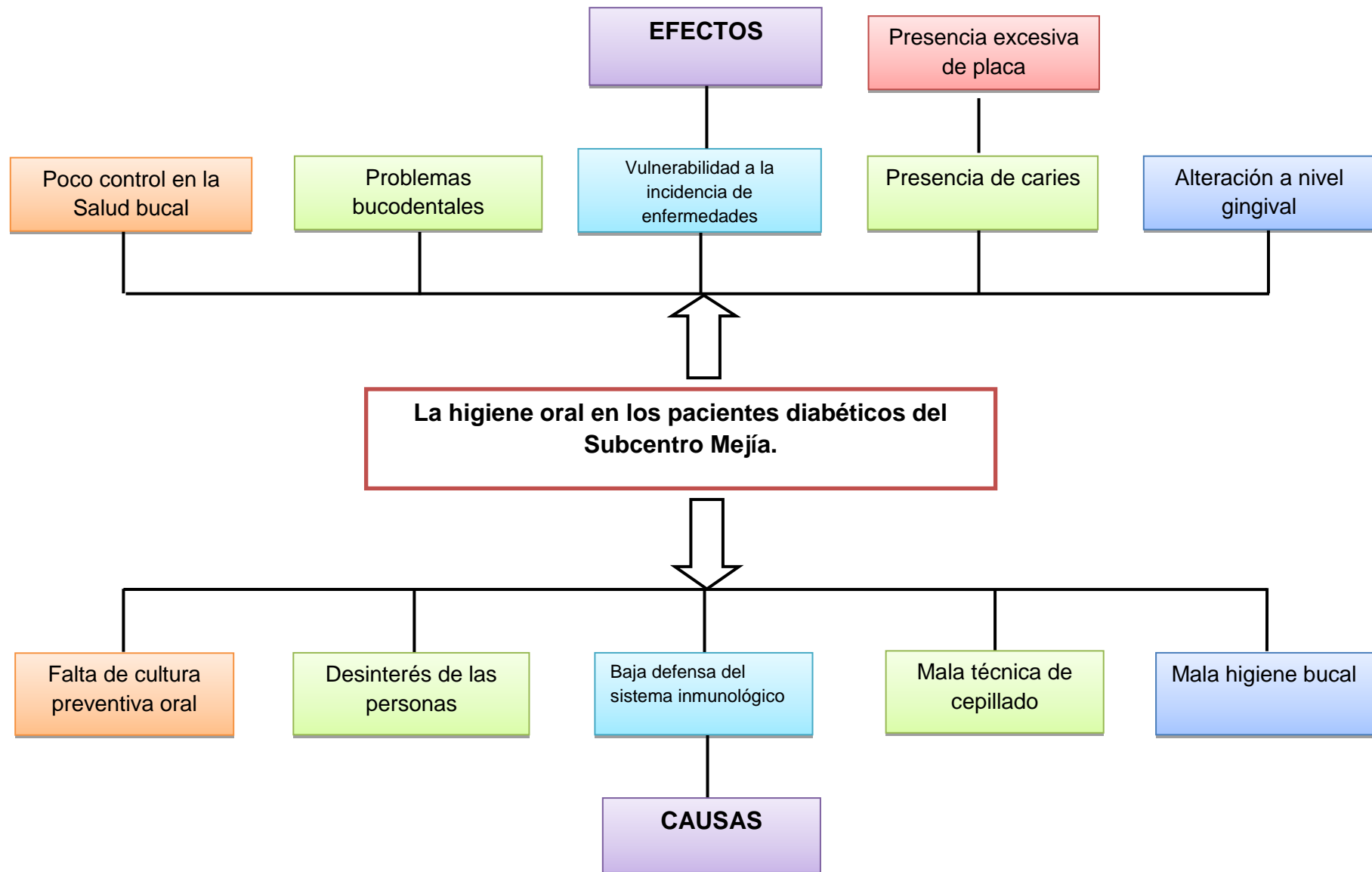
9.- SOSTENIBILIDAD

El personal que labora en el subcentro de salud, tiene buena predisposición de ejecutar el proyecto ya que acostumbran a dar charlas sobre diferentes temáticas y consideran que el tema en cuestión es muy importante.

10.-PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuente de financiamiento
Fotocopias	350	Unidad	0.03	10.50	Autoras
Tinta	1	Tóner	20.00	20.00	Autoras
Cepillos y pastas	70	Unidad	1.00	70.00	Autoras
Papel	1	Resma	7.00	7.00	Autoras
Movilización			0.25	10.00	Autoras
Total				110.50	

ANEXOS 1



CULTURA PREVENTIVA ORAL Y ENFERMEDADES PERIODONTALES EN PACIENTES DIABETICOS DEL SUBCENTRO MEJIA	Duración	Comienzo	Fin	Predecesoras	Nombres de los recursos
DISEÑO DEL PROYECTO DE TESIS	66 días	lun 06/09/10	lun 06/12/10		
Capacitación sobre diseño de proyectos	30 días	lun 06/09/10	vie 15/10/10		Docente de proyectos de tesis
Elaboración del borrador del proyecto	30 días	lun 18/10/10	vie 26/11/10	2	Autoras de tesis
Presentación del proyecto	1 día	mar 12/10/10	mar 12/10/10		Autoras de tesis
Defensa del proyecto y correcciones de errores	1 día	mar 26/10/10	mar 26/10/10	4	Autoras de tesis
APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	14 días?	lun 18/10/10	jue 04/11/10	2	Autoras de tesis
Presentación del proyecto en especies valoradas	1 día	lun 18/10/10	lun 18/10/10	2	Autoras de tesis
Designación del Tutor de tesis		jue 04/11/10			
RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA	1 día?	lun 18/10/10	lun 18/10/10	2	Autoras de tesis
Recopilación de textos acordes con el tema investigado	1 día	lun 18/10/10	lun 18/10/10	2	Autoras de tesis
Selección de la información bibliográfica					
Depuración de los contenidos					
REDACCIÓN DEL MARCO TEÓRICO	72 días?	lun 18/10/10	mar 25/01/11	2	Autoras de tesis
Redacción del marco teórico	41 días	lun 18/10/10	dom 12/12/10	2	Autoras de tesis
Correcciones del marco teórico		mar 25/01/11			
APLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	43 días?	lun 18/10/10	mié 15/12/10	2	Autoras de tesis
Aplicación de la prueba piloto de los instrumentos	1 día?	mié 01/12/10	mié 01/12/10	2	Autoras de tesis
Aplicación de las encuestas	33 días	lun 18/10/10	mié 01/12/10	2	Autoras de tesis
Aplicación de las entrevistas					
Aplicación de la observación	43 días	lun 18/10/10	mié 15/12/10	2	Autoras de tesis
TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	56 días?	lun 18/10/10	lun 03/01/11	2	Autoras de tesis
Tabulación de los resultados	44 días	lun 18/10/10	jue 16/12/10	2	Autoras de tesis

Graficación estadística de la información	56 días	lun 18/10/10	lun 03/01/11	2	Autoras de tesis
Análisis e interpretación de los resultados	56 días	lun 18/10/10	lun 03/01/11	2	Autoras de tesis
Evaluación del alcance de los objetivos específicos					
REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	1 día?	lun 03/01/11	lun 03/01/11	2	Autoras de tesis
Redacción de las conclusiones					Autoras de tesis
Redacción de las recomendaciones					
DISEÑO DE LA PROPUESTA	1 día?	jue 16/12/10	jue 16/12/10	2	Autoras de tesis
Planificación de la propuesta		jue 16/12/10			Autoras de tesis
Elaboración de la propuesta	1 día	lun 18/10/10	lun 18/10/10	2	Autoras de tesis
Correcciones del diseño de la propuesta					
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL	66 días?	lun 18/10/10	lun 17/01/11	2	Autoras de tesis
Redacción del borrador del informe final	66 días	lun 18/10/10	sáb 15/01/11	2	Autoras de tesis
Correcciones del borrador del informe final		lun 17/01/11			
CORRECCIÓN DEL INFORME FINAL	5 días	lun 17/01/11	vie 21/01/11		
Presentación del borrador del informe final para correcciones	74 días	lun 18/10/10	jue 27/01/11	2	Autoras de tesis
Correcciones finales del borrador del informe					
DEFENSA DEL INFORME FINAL	5 días	lun 24/01/11	vie 28/01/11	2	Autoras de tesis
Aprobación de la tesis	5 días	lun 24/01/11	vie 28/01/11		

PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Fuente de financiamiento
Fotocopias	450	Unidad	0.03	13.50	Autoras
Internet	5	Horas	0.60	3.50	Autoras
Tinta	4	Tóner	20.00	80.00	Autoras
Encuadernación	11	Unidad	7.00	35.00	Autoras
Papel	3	Resma	7.00	21.00	Autoras
Cepillos y pastas	70	Unidad	1.00	70.00	Autoras
CD	3	Unidad	0.60	1.80	Autoras
Gigantografía	1	Unidad	10.00	10.00	Autoras
Transporte			0.25	50.00	Autoras
Gastos Operativos				1255.20	Autoras
Total				1536.40	Autoras

ANEXOS 2



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

FORMULARIO DE ENCUESTAS

(La presente encuesta está dirigida a los pacientes diabéticos del subcentro mejía)

SOBRE:

“Prevención de enfermedades periodontales en pacientes diabéticos del Subcentro Mejía”

Indicaciones:

- a) La presente encuesta es parte de la investigación de la tesis de grado para obtener el título de odontólogos. Somos estudiantes de la carrera de odontología y se requiere de respuestas reales y concretas.
- b) Se debe marcar con una X la opción correcta y con la que usted se sienta identificado, se agradecerá no dejar preguntas sin responder.
- c) Se le agradece su colaboración.

Contenido

1. ¿Cada qué tiempo asiste a la consulta odontológica?

- Cada 6 meses ()
- Una vez al año ()
- Solo por molestias de dolor ()
- Nunca ()

2. ¿Por qué no asiste frecuentemente a la consulta odontológica?

- Por falta de tiempo ()
- Por falta de dinero ()
- Por miedo ()
- Todas las anteriores ()
- Ninguna ()

3. ¿Qué hábitos de higiene bucal aplica usted?

- Cepillarse sus dientes ()

- Acudir al odontólogo ()
Todas las anteriores ()
- Ninguno ()

4. ¿Por qué cree usted que debe tener una buena salud bucal?

- Para tener una mejor sonrisa ()
- Para mantener una mejor imagen ()
- Para la salud general ()
- Todas las anteriores ()
- No sabe ()

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

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

6. ¿Con qué frecuencia cepilla sus dientes?

- Después del desayuno ()
- Después del almuerzo ()
- Antes de acostarse ()
- Todas las anteriores ()

7. ¿Qué tiempo dedica al cepillado de sus dientes?

- Menos de un minuto ()
- 1 - 2 minutos ()
- 2 - 3 minutos ()

8. ¿Al cepillar sus dientes, también cepilla?

- Lengua ()
- Paladar ()
- Ambos ()
- Ninguno ()

9. ¿Le han realizado limpiezas dentales?

- Frecuentemente ()
- Rara vez ()
- Nunca ()

10. ¿Ha recibido charlas sobre salud bucal?

- Si ()
- No ()

11. ¿Le sangran las encías al cepillarse sus dientes?

- No le sangran ()
- Le sangran Poco ()

Le sangran mucho ()
No se ha dado cuenta ()

12. ¿Cree usted que al no tratar el sangrado de sus encías lo lleve a la pérdida de sus dientes?

Si () No ()

13. ¿Cree usted que el sarro puede dañar sus dientes?

Si () No ()

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

Si ()
No ()
Más de uno ()

15. ¿Siente dolor al masticar?

En 1 diente ()
Algunos diente ()
No tiene dolor ()

16. ¿Conoce usted si la diabetes influye en las enfermedades de las encías?

Si () No ()

17. ¿Fuma?

Frecuentemente ()
A veces ()
• Nunca ()

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

REGISTRO DE OBSERVACIÓN

DIRIGIDO A:

CAVIDAD BUCAL

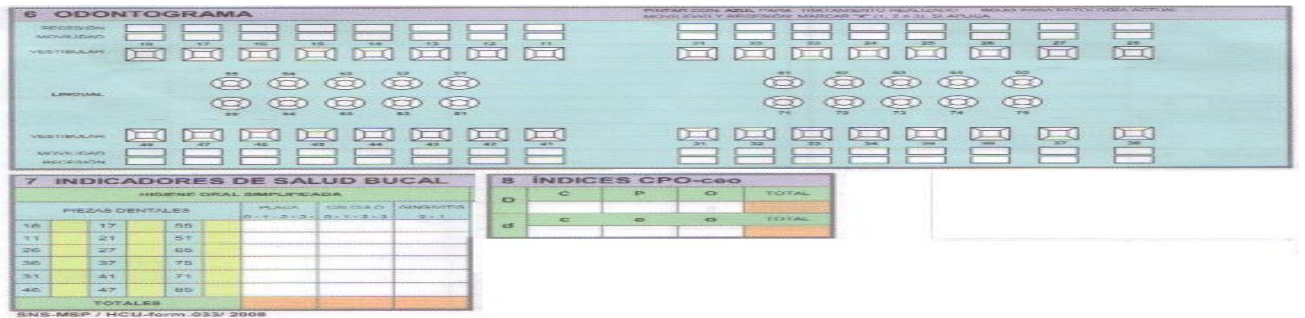
Nombres y Apellidos del paciente:

Dirección:

Enfermedad o problema actual:

Edad:

ASPECTOS A OBSERVAR:



6 ODONTOGRAMA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA			
PIEZAS DENTALES	PLACA	GRASA	ANGUSTIA
16	17	55	
11	21	51	
25	27	55	
35	37	75	
51	61	71	
45	47	55	
TOTALES			

8 INDICES CPO-CEO

D	C	P	O	TOTAL

ANTECEDENTES PERSONALES

	Si	No
Esta bajo tratamiento médico		
Hace que tiempo le detectaron diabetes		
Cumple con eficacia su tratamiento		
Es propenso a hemorragia		
Halitosis		

**REALIZANDO ENCUESTAS A LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL
SUBCENTRO DE SALUD “MEJÍA”**



**HISTORIAS CLÍNICAS REALIZADAS A LOS PACIENTES DIABÉTICOS
DEL SUBCENTRO DE SALUD “MEJÍA”**



**REALIZANDO EXAMENES DE GLUCOSA A LOS PACIENTES
DIABÉTICOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “ MEJÍA”**



**IMPARTIENDO CHARLAS A LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL
SUBCENTRO DE SALUD “ MEJÍA**





**ENTREGA DE KITS DE HIGIENE ORAL A LOS PACIENTES DIABÉTICOS
DEL SUBCENTRO DE SALUD “MEJÍA”**





ANEXOS 3

ENTREGA DEL MATERIAL ILUSTRATIVO AI SUBCENTRO DE SALUD “MEJÍA”





