Universidad Nacional De Loja

Área de la Salud Humana

Carrera de Odontología

Nivel de Pregrado

"Diagnóstico y prevención de las patologías bucodentales más frecuentes, que se presentan en pacientes en estado de gravidez, que acuden a la consulta prenatal, del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja, durante el período: abril- septiembre/2010"

Tesis previa a la obtención del Título de Odontóloga

AUTORA:

Gabriela Viviana Vivanco Silva

DIRECTORA:

Odont. Fanny Josefina Araujo Morocho

LOJA – ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Odontóloga
Fanny Araujo Morocho
DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber orientado, dirigido y revisado prolijamente el trabajo de tesis, que con el tema: **"Diagnóstico y prevención de las patologías bucodentales más frecuentes, que se presentan en pacientes en estado de gravidez, que acuden a la consulta prenatal, del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja, durante el período: abril- septiembre/2010",** ha realizado la egresada Srta. Gabriela Viviana Vivanco Silva, por lo que autorizo su presentación para la revisión, sustentación y defensa respectivas.

Loja, octubre de 2010

Odont. Fanny Araujo Morocho
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Los conceptos, ideas, conclusiones y recomendaciones vertidas en el presente trabajo de investigación, son de absoluta responsabilidad de su autora. Las citas y transcripciones han sido debidamente señaladas.

Gabriela Viviana Vivanco Silva

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento, a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Odontología, a mis distinguidos profesores que con su sapiencia e inteligencia, me guiaron en esta difícil e interesante profesión.

De manera especial a la Odont. Fanny Araujo Morocho, que con mística de maestra y acertada dirección y asesoramiento, hizo posible la realización de la presente investigación.

De igual forma: al Centro Médico APROFE, capítulo Loja, al personal directivo de Guayaquil como de esta ciudad, profesionales médicos, enfermeras, administrativos, de servicios y de vigilancia que laboran en esta prestigiosa institución, a las pacientes que colaboraron para la realización de mi trabajo de tesis.

La autora
Gabriela Viviana Vivanco Silva

DEDICATORIA

Con mucho cariño dedico este trabajo a mis queridos e inolvidables abuelitos, Antonio† y Rosita†, que en paz descansen, quienes con su enseñanza diaria, me inculcaron desde niña, valores de superación y empeño para lograr mis objetivos; a mi madre, que es la autora de lo que yo soy, a ella que con su cariño y responsabilidad ha hecho posible que culmine mi carrera, a mis tíos, especialmente a Carlos Salvador y Jorge Leonardo; a Pauli y a mis demás primos y familiares, quienes con su estímulo generoso, afecto entrañable, respaldo y apoyo moral, me hicieron seguir adelante para llegar a cristalizar, en tangible realidad, mi más caro anhelo.

Gabriela Viviana

ESQUEMA DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN II

AUTORÍA..... III

AGRADECIMIENTO IV

DEDICATORIA V

1. TÍTULO: 8

2. RESUMEN 9

3. SUMMARY 11

4. INTRODUCCIÓN 13

5. MARCO TEÓRICO 17

5.1. Políticas de Salud 20

5.2. Embarazo 36

5.3. Riesgos Bucales Durante El Embarazo 52

5.4. Caries 56

5.5. Enfermedades Periodontales 68

5.6. Alteraciones Bucodentales Del Embarazo 82

5.7. Higiene Bucodental 86

6. METODOLOGÍA 95

7. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 101

8. DISCUSIÓN 114

9. CONCLUSIONES.....116

10. RECOMENDACIONES 118

11. BIBLIOGRAFÍA.....120

12. ANEXOS 125

1. TÍTULO:

"Diagnóstico y prevención de las patologías bucodentales más frecuentes, que se presentan en pacientes en estado de gravidez, que acuden a la consulta prenatal, del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja, durante el período: abril-septiembre/2010"

2. RESUMEN

Los procesos vitales son motivo de preguntas para la humanidad. En salud oral, se infiere, que las embarazadas desarrollarían caries más fácilmente que la población general, considerándose normal que “por cada hijo se pierda un diente”. Algunas mujeres en este estado, no desean recibir atención odontológica por el daño que podría producir al feto el uso de anestésicos locales, Esto es un mito, alejado de la realidad, ante la carencia de información que poseen algunos médicos y pacientes, del bajo riesgo en la realización de éstos procedimientos; por ello es pertinente someter a las embarazadas a tratamientos dentales si así lo requieren.

El propósito de esta investigación fue diagnosticar y prevenir las patologías bucodentales más frecuentes que se presentan en pacientes en estado de gravidez que acuden a la consulta prenatal del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja.

La presente investigación realizada es de tipo descriptivo-transversal y fue aplicada a las pacientes embarazadas, que acudieron a la consulta prenatal del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja.

Los resultados se obtuvieron a través de la historia clínica y una encuesta elaborada para este estudio a un total de 170 mujeres en estado de gravidez. Las patologías más frecuentes en mujeres gestantes son: la caries con un 94,12%, seguida por la gingivitis gestacional en un 47,06%, gingivitis en

39,41%, xerostomía en un 37,06%, periodontitis con 6,47%, granuloma del embarazo y queilitis angular y herpes simple en un 1,76%. Una vez realizado el índice CPOD, se obtuvo el resultado de 4,27, que corresponde a un riesgo moderado.

Además, en cuanto al conocimiento de las pacientes en salud bucal, se encontró que un porcentaje elevado, desconoce las razones, por las que se incrementa las caries y su origen, además de algún otro tipo de alteración en la cavidad bucal durante su embarazo; y el 14,71% atribuye la aparición de alguna deficiencia, debido a un cepillado incorrecto, y muchas otras razones en menor porcentaje para la presencia de molestias en su boca.

Se requieren más esfuerzos en educación y difusión durante el control prenatal, para entregar conocimientos adecuados a las embarazadas, en relación a salud oral, que les permita mejorar las medidas de auto cuidado durante este período.

3. SUMMARY

Life processes are reason of questions for humanity. In oral health, is belived that pregnant woman may develop cavities easily than the general population, considered normal that “for each children a tooth is lost”, and pregnant woman cannot received dental attention for the damage that it could cause to fetus the use of local anesthetics, important fact in the abscense of low-risk information of doctors and patients to perform this procedures, for this reason they refuse to give dental treatments to this women.

The purpose of this research was to diagnose and to prevent the most common oral diseases present in pregnant patients who attending to prenatal care of APROFE Medical Center of the City of Loja.

This research is a descriptive cross-sectional, and was applied to the pregnant women who assist to the prenatal care of APROFE Medical Center of Loja.

The results were obtained through a medical history and a poll developed for this study from a total of 170 pregnant women. The most common pathologies in pregnant women are: cavities in 94,12%, followed for pregnancy gingivitis in 47,06%, pre-existing gingivitis in 39,41%, xerostomia in 37,06%, pre-existintg periodontits in 6,47% and finally granuloma of pregnancy, angular cheilitis and herpes simplex in 1,76%. Once obtained the DMFT (CPOD) index with a result of 4.27, corresponds a moderate risk.

Also, the knowledge of patients in oral health is low, mostly ignore the true reasons of why can developed oral diseases during pregnancy, and the 14,71% gives appearance some oral disturbance to a wrong brushing, and other causes in less percentage.

A lot of people don't know the causes of increased of cavities and other kind of alterations during pregnancy. The results show that knowledge about origin and possible causes of oral deterioration during pregnancy are few.

Is necessary more efforts in education during prenatal care, to give the adequate knowledge to pregnant women in relation to oral health and pregnancy, to improve the autocare during this period.

4. INTRODUCCIÓN

La población tiene, desde sus creencias y mitos, respuestas a los cambios orales que se generan durante el embarazo. Existe una asociación errónea entre gestación e incremento de caries y pérdida de dientes; muchas pacientes expresan: " con cada niño se pierde un diente" o, “la futura mamá no puede recibir atención odontológica, por la anestesia, la medicación, la radiografía, etc. ".

La medicación, radiografías y anestesia local son contraindicados durante el primer trimestre del embarazo, en el cual los órganos del feto están en plena formación y por lo tanto son más sensibles a los daños que causan las radiaciones y medicaciones; sin embargo luego de este tiempo se pueden realizar actividades que incluyan el uso de estas sustancias y tomas radiográficas, teniendo en cuenta las debidas precauciones para su empleo; “acetaminofén es la droga de elección, siempre y cuando se emplee a dosis terapéuticas, aún cuando puede emplearse aspirina debe evitarse su ingesta prolongada, especialmente al final del embarazo, dadas las complicaciones hemorrágicas que pueda generar durante y después del parto; esta droga como el ibuprofeno o naproxeno inhiben la producción de prostaglandinas, necesarias para la inducción de la labor de parto, por lo que su empleo puede prolongar el embarazo y también provocar el cierre prematuro del conducto arterioso, llevando a una hipertensión pulmonar en el niño”[1].

[1] GAY, Oscar y otros. XI. EMBARAZO EN ODONTOLOGÍA. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2005

“Entre los antibióticos de elección por su seguridad están la penicilina, amoxicilina y cefalosporinas. Son de riesgo menor y de utilidad en odontología la clindamicina, el metronidazol y la eritromicina. Los anestésicos locales, así como la epinefrina, son fármacos de uso seguro durante el embarazo, pues carecen de efectos teratogénicos y abortivos. La toma de radiografías debe realizarse con cautela, más, si el empleo de rayos X es indispensable, éstas no se contraindican pudiéndose tomar el menor número de radiografías posibles, mientras se lleven a cabo las medidas de seguridad. No existe contraindicación en su empleo durante la gestación, particularmente después del segundo trimestre. Hay evidencia científica que demuestra que las molestias originadas por los cambios del embarazo se pueden evitar aplicando medidas preventivas y llevando a cabo programas permanentes de educación para el autocuidado.

El embarazo es un estado fisiológico modificado que como otros (pubertad, menopausia y anticoncepción oral), no implican una situación patológica, a pesar de dicha condición, el organismo reacciona temporalmente de manera distinta ante situaciones como son su propia biología, el tratamiento médico o dental y la administración de fármacos.”[2]

Las pacientes gestantes en la consulta odontológica son un grupo con las cuales hay que tener una serie de consideraciones para brindarles comodidad, seguridad y serenidad; haciéndoles más corta la estancia en la sala de espera. Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo incluyen la elevación de progesterona y estrógeno. Se ha demostrado que la influencia

---

[2] GAY, Oscar y otros. XI. EMBARAZO EN ODONTOLOGÍA. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2005

hormonal sobre el sistema inmune contribuye significativamente en la etiología y patogénesis de la gingivitis del embarazo. La gingivitis no tratada progresa a una periodontitis.

“El granuloma del embarazo, se presenta en un 5% de las pacientes embarazadas. Conocido como tumor del embarazo, épulis del embarazo o granuloma gravidarum. Puede manifestarse como un pequeño crecimiento rojo, brillante, sésil o pediculado que brota del espacio interproximal como un hongo”.[3]

El método utilizado en la investigación, fue de tipo descriptivo-transversal, y se incluyó a las pacientes embarazadas que acuden a la consulta prenatal del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja, y se excluyó a quienes no desearon colaborar en el estudio. Dicho trabajo fue efectuado mediante el uso de la historia clínica y una encuesta, elaboradas para diagnosticar las enfermedades bucodentales y los conocimientos de salud oral de las pacientes.

En el análisis de las patologías más frecuentes en mujeres gestantes son: la caries con un 94,12%, seguida por la gingivitis gestacional en un 47,06%, gingivitis en 39,41%, xerostomía en un 37,06%, periodontitis con 6,47%, granuloma del embarazo, queilitis angular y herpes simple en un 1,76%. El 55,29% y el 74,12% de pacientes gestantes no tuvieron atención odontológica planificada antes del embarazo y no asistieron al odontólogo durante el mismo respectivamente.

[3] CECCOTTI, El diagnóstico en Clínica Estomatológica. Buenos Aires- Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2007

Es fundamental que el embarazo sea vigilado desde sus comienzos para asegurar un correcto crecimiento fetal, en donde la dieta y la nutrición en la prevención de enfermedades dentales representan un papel fundamental en los períodos pre y postnatal del desarrollo oral, como por ejemplo las deficiencias de proteínas y calorías durante la gestación pueden disminuir la resistencia a las caries durante toda la vida del niño; así como una mala salud dental de la madre, también afectaría el buen desarrollo del feto; entre otras cosas. Por lo que comenzamos dirigiendo nuestra educación a la madre.

El presente trabajo, surge como una necesidad de crear un instrumento para educar y prevenir las enfermedades bucodentales que se presentan en las mujeres gestantes.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Políticas de Salud 20

5.1.1. Consideraciones de las Políticas de Salud 20

5.1.1.1. Política Nacional de Salud 20

5.1.1.2. Ley del Sistema Nacional de Salud 22

5.1.2. Ministerio de Salud Pública 24

5.1.2.1. Ley de Maternidad gratuita 24

5.1.3. Programas de Salud Bucal en gestantes 29

5.1.4. Salud Bucal En Mujeres Gestantes A Nivel Mundial 31

5.1.5. Salud Oral En Gestantes En El Ecuador 34

5.2. Embarazo 36

5.2.1. Definición 36

5.2.2. Cambios físicos 36

5.2.3. Períodos de Gestación 40

5.2.4. Cuidados Prenatales 43

5.2.5. Alimentación 46

5.2.6. Tratamiento odontológico durante el embarazo y lactancia. 48

5.3. Riesgos Bucales Durante El Embarazo 52

5.3.1. Dieta cariogénica 52

5.3.2. Vómitos 52

5.3.3. Saliva. pH y viscosidad 53

5.3.4. Placa bacteriana 53

5.3.5. Otros riesgos: 54

5.3.5.1. Hábito de fumar 54

5.3.5.2. Diabetes. 55

5.4. Caries 56

5.4.1. Definición..... 56

5.4.2. Epidemiología..... 56

5.4.3. Etiología 58

5.4.4. Factores predisponentes y atenuantes..... 61

5.4.5. Clasificación 63

5.4.6. Diagnóstico de la caries dental..... 66

5.5. Enfermedades Periodontales 68

5.5.1. Gingivitis..... 68

5.5.1.1. Definición..... 68

5.5.1.2. Clasificación 68

5.5.1.3. Índice de Sangrado Gingival (Löe y Silness)..... 70

5.5.1.4. Gingivitis del embarazo 72

5.5.1.5. Tratamiento 73

5.5.2. Periodontitis..... 73

5.5.2.1. Definición..... 73

5.5.2.2. Etiología 74

5.5.2.3. Características Clínicas..... 76

5.5.2.4. Clasificación de las enfermedades periodontales 77

5.5.2.4.1. Periodontitis Crónica 77

5.5.2.4.2. Periodontitis Agresiva..... 78

5.5.2.4.2.1. Generalizada 79

5.5.2.4.2.2. Localizada 79

5.5.2.4.3. Tratamiento 80

5.6. Alteraciones Bucodentales Del Embarazo 82

5.6.1. Granuloma del Embarazo 83

5.6.2. Agrandamiento Gingival 83

5.6.3. Alteraciones Dentarias 84

5.6.4. Prevención 85

5.6.5. Tratamiento 85

5.7. Higiene Bucodental 86

5.7.1. Índice de placa (Índice de Loe y Silness). 87

5.7.2. Cepillado 88

5.7.2.1. Técnicas de Cepillado 88

5.7.2.1.1. Técnica de Bass(1954) 88

5.7.2.1.2. Técnica Horizontal 89

5.7.2.1.3. Técnica se Stillman modificada 89

5.7.2.1.4. Técnica de Charters 90

5.7.3. Hilo Dental 90

5.7.3.1. Uso de Hilo dental 90

5.7.4. Pasta dental 93

5.7.5. Enjuague Bucal 94

5.1. Políticas de Salud

5.1.1. Consideraciones de las Políticas de Salud

"La medicina social latinoamericana se desarrolló por la formación de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores, de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implantó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina. Los grupos ligados a la medicina social, desarrollaron un cuestionamiento en respuesta a la crisis de la salud pública, que se puso de manifiesto a fines de esa década, mientras se observaba un crecimiento de los indicadores macroeconómicos en la mayoría de los países latinoamericanos, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos los de la salud. Las relaciones entre clase social y problemas de salud, se hicieron más evidentes así como las inequidades en el acceso a los servicios de salud"[4].

5.1.1.1. Política Nacional de Salud

“La Política Nacional de Salud; define con claridad su posición, con respecto a la salud cuando expresa: "La salud de los habitantes de una nación constituye el factor sustantivo en la culminación de su desarrollo armónico y permanente. Los pueblos sanos son pueblos libres y productivos. Los recursos destinados a

[4] ARANGO PANESSO, Yolanda. Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2008, vol.34, n.1, pp. 0-0 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100017&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.

salud no constituyen gasto, sino inversión social de alta rentabilidad económica.

La situación de salud de los ecuatorianos evidencia inequidades según la clase social de pertenencia: áreas urbana o rural, etnia, género, etc., tanto en la distribución de enfermedades y daños, entre los diferentes grupos de la población, como en el acceso a servicios y en el impacto sobre sus economías. La gran aspiración y meta mundial contenida en el lema de "Salud para todos", aparece con toda su vigencia una vez más, recordándonos que en el Ecuador -como en muchos países-, la salud es un derecho disfrutado por unos pocos y un bien social que dista mucho de estar garantizado equitativa y universalmente.

Es así que la Política Nacional de Salud del Ecuador, tomando nota de los problemas y debilidades del país, en este campo pero también de las fortalezas y oportunidades existentes, define principios y objetivos en salud, bajo el gran norte de la equidad, así como lineamientos generales para alcanzar dichos objetivos estructurados en tres grandes direcciones:

1. Construcción de ciudadanía en salud;
2. Protección integral de la salud;
3. Desarrollo sectorial”[5].

[5] Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador. Ministerio de Salud Pública Consejo Nacional de Salud. Quito-Ecuador. Octubre 2002. http://www.opsecu.org/bevestre/revistas/publicaciones/marco%20general.pdf

“El carácter general de esta Política, demanda el desarrollo de políticas específicas, de estrategias y planes de acción, que profundicen y resuelvan operativamente los mandatos de la política. Aquí está el reto que debemos acometer para avanzar hacia los objetivos compartidos por todos.

5.1.1.2. Ley del Sistema Nacional de Salud

Con la publicación de la Ley del Sistema Nacional de Salud en el Registro Oficial No.670 del 25 de septiembre de 2002 culmina un largo y difícil proceso de formulación participativa, negociación y construcción de viabilidad que involucró a representantes de diferentes sectores sociales nacionales y del propio sector salud, así como, a expertos nacionales e internacionales de reconocido prestigio en este campo.

Objetivos del Sistema Nacional de Salud:

a. Cobertura Universal/acceso equitativo
b. Descentralización/desconcentración
c. Proyecto integral
d. Coordinación sectorial
e. Participación ciudadana
f. Entornos saludables”[6].

[6]Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador. Ministerio de Salud Pública Consejo Nacional de Salud. Quito-Ecuador. Octubre 2002. http://www.opsecu.org/bevestre/revistas/publicaciones/marco%20general.pdf

“La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la vida de las personas y los grupos”[7].

“Se estima que alrededor del 30% de la población del país, es decir unos 4.5 millones de ecuatorianos- carece de cobertura de servicios de salud y el 75% no cuenta con ningún seguro médico. Mientras que el gasto de bolsillo, en salud, del grupo de población con mayores ingresos es de menos del 10% y los más pobres consumen, alrededor del 40% de sus ingresos en medicina. Es así, que se presenta un complicado desafío a la sociedad y sus servicios de salud.

La construcción del Sistema Nacional de Salud a partir de los postulados de esta Ley, junto a la implementación de la Política de Estado en Salud, son las respuestas principales a los problemas y retos antes mencionados.

La ley del Sistema Nacional de Salud, favorece la aplicabilidad de los principios panamericanistas de las políticas en salud como: la democratización, la descentralización, la participación de la comunidad en el control y fiscalización social, en el uso de los recursos públicos, en el desarrollo de un nuevo modelo de atención, basado en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud y la equidad en el acceso de los servicios médicos públicos, para garantizar cobertura, a la población más necesitada, bajo la rectoría del

7 http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf. Recibido en agosto 31 de 2007, aceptado en septiembre 28 de 2007

Ministerio de Salud, ejercida a través de la coordinación sectorial consagrada en la ley”[8].

5.1.2. Ministerio de Salud Pública

5.1.2.1. Ley de Maternidad gratuita

“Art. 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y en las enfermedades de transmisión sexual, los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo,

[8] Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador. Ministerio de Salud Pública Consejo Nacional de Salud. Quito-Ecuador. Octubre 2002.

cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y posparto, así como la dotación de sangre y hemo derivados. Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública; y,

b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros – prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones, todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Art. 2-A.- Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública. Las otras entidades del sector público de salud aplicarán la presente Ley, según sus regímenes internos y utilizando sus propios recursos”[9].

[9] http://www.conasa.gov.ec/codigo/base_legal/maternidad_gratuita.pdf

“Podrán participar además, previa acreditación por el Ministerio de Salud pública y suscripción de convenios de gestión, entidades prestadoras de servicios de salud, sin fines de lucro, incluyendo las de la medicina tradicional.

Art. 3.- Increméntense en el tres por ciento (3%), las tarifas del impuesto a los consumos especiales señaladas en el artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Registro Oficial No. 341 del 22 de diciembre de 1989. De los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población Ecuatoriana creado mediante ley, publicada en el Registro Oficial 661, de marzo de 1995, asígnese anualmente el valor correspondiente a 15.100.000 dólares estadounidenses.

Los recursos asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la población infantil ecuatoriana, publicada en el Registro Oficial No. 132 del 20 de febrero de 1989 y, los recursos que el INNFA destine a programas de reducción de mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva, se utilizarán preferentemente para el financiamiento de lo previsto en la presente Ley.

Los recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente a la aplicación de esta Ley”[10].

[10] http://www.conasa.gov.ec/codigo/base_legal/maternidad_gratuita.pdf

“Los valores producto de la aplicación de lo dispuesto en los incisos anteriores serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a una cuenta especial del Ministerio de Salud Pública, denominada Fondo Solidario de Salud, el que los destinará en su totalidad para financiar única y exclusivamente lo establecido en la presente Ley.

Corresponde al comité de apoyo y seguimiento aprobar el presupuesto del fondo solidario de salud y adoptar las decisiones sobre su inversión. Tanto el presupuesto aprobado como las resoluciones de inversión, serán ejecutados por el Ministerio de Salud Pública.

Art. En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, los municipios podrán desarrollar programas de educación, promoción, información y comunicación que favorezca la aplicación de esta Ley y generar e implementar en zonas rurales dispersas, mecanismos que garanticen el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, todo ello según normas establecidas por el Ministerio de Salud.

Art. Para el cumplimiento y aplicación de lo estipulado en la presente Ley se establece:”[11]

a) “El Ministerio de Salud Pública en sus diferentes niveles de gestión, es el responsable de la ejecución de la presente Ley, en el marco de lo

[11] http://www.conasa.gov.ec/codigo/base_legal/maternidad_gratuita.pdf

establecido en el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y otros planes y programas relacionados con el objeto de la misma;

El Ministerio de Salud Pública, definirá las normas nacionales que garanticen la aplicación de esta Ley y, los criterios para la acreditación de los servicios de salud de conformidad con lo establecido en la Ley de Descentralización del Estado y de Participación Social y con la creación del Sistema Nacional de Salud.

Créase el Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la Ley constituido por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA), el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA). El Consejo Nacional de las Mujeres participará como organismo encargado de garantizar la equidad y el enfoque de género y de promover la participación de las organizaciones de mujeres.

El Instituto Nacional del Niño y la Familia, garantizará la integralidad de las acciones orientadas a la mujer embarazada y a los niños o niñas.

El Consejo Nacional de Salud será el encargado de la coordinación interinstitucional en el Sector Salud para la adecuada aplicación de la presente Ley”[12].

12 http://www.conasa.gov.ec/codigo/base_legal/maternidad_gratuita.pdf

b) “La Dirección Provincial de Salud es el organismo responsable de hacer cumplir en su jurisdicción, los instrumentos normativos diseñados por el Ministerio de Salud Pública; y,

c) Créase en cada Municipio, los Fondos Solidarios Locales de Salud, que recibirán los recursos financieros, para garantizar la aplicación de la Ley.

Confórmese el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, que estará constituido por el Alcalde o su representante legal, el o los Jefes de Área de Salud correspondientes en representación del Director Provincial de Salud; un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas. Para la utilización de los recursos, se requerirán dos firmas registradas, la del Alcalde y la del Jefe de Área de Salud.

Se conformarán Comités de Usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley”[13].

5.1.3. Programas de Salud Bucal en gestantes

“Varios programas de salud han sido diseñados en el Ecuador durante los diferentes gobiernos. Todos ellos han sido bien concebidos, con el

[13] http://www.conasa.gov.ec/codigo/base_legal/maternidad_gratuita.pdf

asesoramiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Todos los programas hacen hincapié en la prevención de enfermedades, promoción de la salud y el cuidado especial de los niños y las madres. Sería falso afirmar que todos estos planes han fracasado. Un progreso significativo se ha producido en la situación sanitaria del país.

La situación es peor en el campo y en zonas distantes, especialmente entre la población nativa. Médicos rurales son los encargados de llevar a cabo el plan de salud en centros y subcentros; por lo general, muy mal equipados y están a cargo de una población entre 5.000 a 10.000 e incluso más. Esta situación hace que sea imposible realizar una atención médica sistemática. Sólo a veces, tienen la oportunidad de organizar programas de promoción de la salud o la prevención de las enfermedades.

Esta es la razón por la cual los planes de salud tan bien diseñados, no tienen los resultados esperados.

La nueva Constitución, aprobada en 2008, señala que el sistema de salud en el Ecuador, es la familia y la orientación comunitaria; el gobierno ha demostrado la decisión política de ponerlo en práctica, y ha asignado un presupuesto importante para la atención y la organización de los equipos básicos de salud (Equipos Básicos de Salud: EBAS)”[14].

[14] http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&langpair=en|es&u=http://www.redmangrove.com/our-involment/a-family-health-program-for-galapagos.html

“Por desgracia, el número insuficiente de estos equipos, la falta de formación adecuada y la gestión centralizada exagerada del programa no ha producido los resultados esperados. El gobierno informa sobre el gran aumento en el número de consultas y atenciones curativas, pero no informa, hasta el momento, cualquier mejora en los indicadores de salud.

5.1.4. Salud Bucal En Mujeres Gestantes A Nivel Mundial

“La salud bucal en mujeres gestantes a nivel mundial tiene la misma tendencia, la única diferencia es: sus cuidados, tratamiento y prevención de la misma, así como también es la situación económica de cada uno de los países con la que los mismos puedan prever y salvaguardar la salud bucal en mujeres gestantes.

La población tiene desde sus creencias y mitos, respuesta a los cambios orales que se generan durante el embarazo. Tiene una asociación errónea entre gestación e incremento de caries y pérdida de dientes; muchos pacientes expresan: "con cada niño se pierde un diente".

La futura mamá no puede recibir atención odontológica, porque “la anestesia hace daño al bebé". Por otro lado, muchas mujeres creen que el calcio es tomado de sus dientes durante la gestación y ésta es la razón de la aparición de las caries, sin embargo, si el feto necesita calcio, éste será provisto a través de la dieta, o del calcio removible de la madre (huesos)”[15].

[15] http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&langpair=en|es&u=http://www.redmangrove.com/our-involment/a-family-health-program-for-galapagos.html

“Por otro lado, existe evidencia científica que demuestra que las molestias originadas por los cambios del embarazo se pueden evitar, aplicando medidas preventivas y llevando a cabo programas permanentes de educación para el autocuidado.

El esmalte dentario está compuesto por cristales de hidroxiapatita que no responden a los cambios bioquímicos del embarazo, o al cambio en el metabolismo del calcio. La caries dental es el resultado de repetidos ataques de ácidos, sobre el esmalte dentario y no de varios embarazos.

Durante el embarazo las caries y otras alteraciones, se vuelven procesos agresivos y esto se debe, a dos factores muy importantes:

Factor Hormonal

Factor Dietético”[16].

“Factor Hormonal: Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo incluyen la elevación de progesterona y estrógeno. Se ha demostrado que la influencia hormonal sobre el sistema inmune (sistema defensa del cuerpo) contribuye significativamente en el inicio y desarrollo de la gingivitis del embarazo.

Las gestantes pueden verse afectadas por alteraciones específicas y muy características, tales como: la gingivitis, las ulceras inespecíficas,

[16] http://www.scribd.com/doc/31520796/Remo-Salud-Bucal-en-Gestantes

agrandamientos gingivales, herpes labial, queilitis angular (las famosas boqueras, que se producen como consecuencia de anemia o enfermedades micóticas). Todas ellas muy variadas; sin embargo, tienen en común los factores que las originan, los cuales guardan una estrecha relación con los diferentes cambios hormonales, dietéticos, y la respuesta inmune que se suscita en la embarazada"[17].

"Factor Dietético: Con frecuencia, la mujer embarazada está en peligro considerable de desarrollar caries. Los dientes de la madre no pierden calcio, como se cree; en vez de esto, quizá, el riesgo de caries dental, aumente por cambios en los hábitos de alimentación. Por ejemplo, comer caramelos macizos para disminuir las náuseas y los frecuentes bocadillos entre comidas, elaborados con carbohidratos refinados, pueden incrementar el potencial cariogénico de la placa dental. Evitar las comidas chatarras y restringir el azúcar puede disminuir mucho el desarrollo de la caries"[18].

"Numerosos estudios, han mostrado que la exposición frecuente de azúcares refinados induce a la colonización y multiplicación de microorganismos cariogénicos, sobre todo si la exposición se produce entre comidas"[19].

---

[17] Dr. Paul Ríos Ruiz. Director Clínica Odontológica Ríos Ruiz. Obtenido de: http://www.rumbonorteperu.com/salud/odontologia/el-embarazo-y-los-problemas-bucales/

[18] HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005

[19] BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006

5.1.5. Salud Oral En Gestantes En El Ecuador

"En nuestro país existen muy pocos conocimientos y cuidados en cuanto a salud oral en embarazadas, al igual que en el mundo y en América, está relacionada especialmente con el nivel económico que poseen los pacientes. Existiendo así, mayor atención y cuidados en el sector privado.

Sin embargo, en algunas regiones se han realizado algunas campañas, como: en La Dirección Provincial de Salud de El Oro, a través de sus nueve Áreas; en la provincia se ejecutó un proyecto piloto para la educación, prevención y promoción de la salud bucal en niños y niñas menores de cinco años, y en mujeres embarazadas de sectores rurales y urbanos marginales.

En el Área 2 Machala Sur, bajo la gerencia de la doctora Hipatia Rodríguez, se encuentran muy interesados en participar en este plan de promoción de la salud oral y prevención de la caries, con toda la comunidad que asiste a las unidades de salud de ocho barrios que conforman dicha Área.

Ellos se han preocupado de la salud bucal, ya que esta juega un papel importante, porque dentro de las diez primeras causas de morbilidad, la caries ocupa el octavo lugar de atención. Explican que los equipos básicos de salud son los que han identificado este problema en la comunidad y la necesidad de atenderlos a diario"[20].

[20] http://www.scribd.com/doc/31520796/Remo-Salud-Bucal-en-Gestantes

“El plan busca disminuir la pérdida de piezas dentales, temporales y definitivas, en escolares de 5 años y madres embarazadas que asisten a los Sub Centros de Salud de: Brisas del Mar, San Martín, 18 de Octubre, Patria Nueva, Amazonas, Venezuela, Buenos Aires y la parroquia de Puerto Bolívar, mediante la atención odontológica con la aplicación de cariostático (medicamento que previene las caries).

Se pretende beneficiar a 3.000 personas entre niños y madres embarazadas del área urbano- marginal.

Entre las actividades del programa se plantea informar a niños y embarazadas sobre hábitos de higiene bucal; dieta anticariogénica; aplicación de gel flúor, un buen cepillado y un correcto control diario.

Este plan, entre otros pocos, deben tomarse como ejemplo, para incrementarlos en todo el país y conseguir una buena salud oral”[21].

[21] http://www.scribd.com/doc/31520796/Remo-Salud-Bucal-en-Gestantes

5.2. Embarazo

5.2.1. Definición

“Período de gestación del ciclo reproductivo humano, que comienza cuando un espermatozoide fecunda un óvulo y este se implanta en la pared del útero. Dura aproximadamente 280 días, tiempo requerido para el desarrollo intrauterino normal de un ser humano y concluye con el parto”[22].

5.2.2. Cambios físicos

“Durante el embarazo, la gestante experimentará modificaciones anatómicas, la mayoría de estas, se revertirán durante las etapas del puerperio y la lactancia. Los cambios físicos más relevantes son:

En Aparato Reproductor:

Útero: Durante el embarazo, el útero se transforma en un órgano muscular, con una pared relativamente delgada y una capacidad suficiente para acomodar al feto, la placenta y líquido amniótico.

El agrandamiento uterino comprende un estiramiento e hipertrofia acentuada de las células musculares, mientras que la producción de miocitos se encuentra limitada.

[22] CIRCULO DE LECTORES. *Diccionario Enciclopédico Círculo.* Bogotá-Colombia. 2009

El aumento de tamaño de las células musculares se acompaña por una acumulación de tejido fibroso, en particular en la capa muscular externa, además de un incremento considerable en la cantidad de tejido elástico.

Durante los primeros meses, las paredes uterinas se vuelven más gruesas, pero a medida que la gestación avanza, estas adelgazan en forma gradual.

Cérvix: El cuello del útero es muy blando y cianótico, lo que con frecuencia se muestra en una etapa temprana, suele deberse a una vascularización aumentada y la presencia de edema de todo el cérvix, junto con hipertrofia e hiperplasia de células cervicales.

Ovarios: por lo general se encuentra un sólo cuerpo lúteo.

Trompas de Falopio: La musculatura de las trompas de Falopio sufre una hipertrofia leve, el epitelio se vuelve más chato en comparación con mujeres no embarazadas.

Vagina y perineo: Se produce aumento de vascularización e hiperemia en piel y músculos del perineo y vulva, por lo general el abundante tejido conectivo que poseen estas estructuras se ablanda”[23].

[23] CUNNINGHAM, Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002

Piel

“Pared abdominal: En muchas mujeres, en el abdomen suelen formarse estrías rojizas, en ocasiones los músculos de la pared abdominal, no soportan la tensión a la que se encuentran sometidos y los músculos rectos se separan en la línea media.

Pigmentaciones: En la mayoría de mujeres, la piel de la línea media del abdomen se pigmenta con intensidad y adquiere un color negro castaño para formar la línea nigra, en ocasiones en cara y cuello, aparecen parches irregulares de color castaño de diversos tamaños, que originan el cloasma o melasma gravidarum. También se acentúa la pigmentación de las aréolas y piel genital. Esta pigmentación suele desaparecer en forma retrógrada después del parto.

Aparato Respiratorio

El diafragma se eleva alrededor de 4cm, el ángulo subcostal se ensancha en grado apreciable, mientras que el diámetro transversal de la caja toráxica se incrementa en 2cm. La circunferencia toráxica aumenta 6cm, pero lo suficiente, como para prevenir la reducción del volumen residual de aire en los pulmones, creada por la elevación diafragmática”[24].

24 CUNNINGHAM, Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002

“Sistema Cardiovascular

Corazón: Como el diafragma se eleva, el corazón se desplaza hacia arriba ya a la izquierda. Al mismo tiempo de alguna manera rota sobre su eje longitudinal, como resultado de esto la punta del corazón queda desplazada un poco en forma lateral respecto de su posición previa al embarazo.

Mamas

Se experimenta sensibilidad a la palpación y hormigueos. Luego del segundo mes aumenta el tamaño de las mamas y justo por debajo de la piel se hacen visibles pequeñas vénulas.

Aparato Urinario

Riñón: El tamaño del riñón aumenta levemente.

Vejiga: Antes de las 12 semanas, en la vejiga se producen algunos cambios significativos, sin embargo desde ese momento en adelante el aumento de tamaño del útero, junto con la hiperemia que afecta a todos los órganos pelvianos, elevan el trígono vesical y engrosan su parte posterior o margen intraureteral”[25].

[25] CUNNINGHAM, Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002

“Tracto Gastrointestinal

A medida que progresa la gestación, el estómago y los intestinos se desplazan por agrandamiento uterino, como resultado de los cambios de posición de estas vísceras, están alterados los hallazgos físicos en algunos padecimientos.

Las encías están hiperémicas y reblandecidas y pueden sangrar ante traumatismos moderados o con el cepillado de los dientes

5.2.3. Períodos de Gestación

La vida intrauterina es una etapa muy importante en el desarrollo del ser humano. Durante esta época existen tres fases definidas: la primera se denomina, de diferenciación, la segunda corresponde al crecimiento rápido y finalmente la de crecimiento lento.

La de diferenciación se extiende, desde la fertilización, hasta la semana once. La segunda fase, finaliza a las 28 semanas cuando el feto pesa 1000g y tiene probabilidades de vivir.

La última fase tiene lugar a partir de la semana 29 y concluye, cuando se ha alcanzado el término de la gestación. En este momento, el feto alcanza una madurez fisiológica, que le permite una vida extrauterina sin dificultades”[26].

[26] CUNNINGHAM, Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002

“A continuación tenemos los cambios que ocurren en el feto desde el primer mes hasta la terminación de la gestación.

Primer mes: Durante este tiempo, tiene lugar un aumento marcado del embrión; toma una posición de flexión, hasta el punto de tocarse el talón y la cabeza. Tiene una longitud que varía entre 5 y 8mm. Se inicia el desarrollo de las extremidades. La boca y las mandíbulas se pueden visualizar fácilmente”[27].

“Segundo mes: Existe un predominio de la región cefálica sobre las extremidades, ha desaparecido la cola y es semejante a cualquier otro mamífero, se inicia el desarrollo del cerebro y, proporcionalmente, la cabeza es demasiado grande en relación con el resto del cuerpo. Alcanza una longitud de unos 3cm. Se aprecia la formación completa de los dedos. Aparecen las orejas, la nariz y los ojos. Se han formado los miembros superiores e inferiores con sus respectivos segmentos.

Tercer mes: La longitud es de unos 7 a 9cm. y puede alcanzar un peso aproximado de 20mg. Se inicia la aparición de los distintos centros de osificación. Se aprecia una separación total de los dedos de ambas extremidades. El ombligo se ha obliterado y la formación del cordón umbilical es completa. Es posible determinar el sexo. Los movimientos fetales se pueden detectar con el ultrasonido.

[27] CUNNINGHAM, Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002

Cuarto mes: Alcanza unos 16cm de longitud y el peso varía entre 100 y 120mg. Hace su aparición el lanugo, se distribuye por todo el cuerpo y se inicia la formación del cabello. Los movimientos fetales pueden ser detectados por la embarazada. El corazón puede tener un ritmo embriocárdico y los órganos genitales ya están diferenciados y con un examen ecográfico, puede determinarse el sexo.

Quinto mes: La longitud aproximada es de unos 25cm. Se inicia la aparición del unto sebáceo. Los movimiento y latidos cardíacos fetales se hacen más frecuentes y de mayor intensidad. Empiezan a salir las uñas y el pelo es más abundante.

Sexto mes: Tiene una longitud promedio de 30cm. Ya existen depósitos de grasa y si el feto nace en este momento, es capaz de respirar. A esta edad gestacional se considera que el producto es viable. Se separan los párpados y pueden registrarse los movimientos respiratorios.

Séptimo mes: El peso promedio es de 1000mg. y la longitud de 36cm. La posibilidad de vivir fuera del vientre materno aumenta.

Octavo mes: La longitud varía entre 40 y 42cm. El panículo adiposo se desarrolla, la piel toma un color rosado, está arrugada y el feto tiene el aspecto de un viejo. Las uñas están bien formadas”[28].

[28] BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Bogotá-Colombia. 7ma. Edición. Quebecorworld. 2004

“Noveno mes: La longitud promedio es de 45cm y el peso se encuentra alrededor de 2500mg.

5.2.4. Cuidados Prenatales

El control prenatal es la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada, en los consultorios privados o del servicio de salud, con el objeto de controlar el desarrollo fisiológico de la gestación, derivando los casos de alto riesgo obstétrico y perinatal a niveles de mayor complejidad”[29].

“Deben comenzar tan pronto exista una probabilidad razonable de embarazo. Los principales objetivos de dichos cuidados consisten en:

a) Definir el estado de salud de la madre y el feto.
b) Establecer la edad gestacional del feto.
c) Iniciar un plan para administrar cuidados obstétricos continuos”[30].

“Los cuidados prenatales, además están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna y de la morbimortalidad perinatal. Y para lograrlos, es necesario efectuar un control precoz, frecuente, de buena calidad y con una cobertura amplia.

[29] MUÑOZ, Washington. Obstetricia Fisiológica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
[30] CUNNINGHAM,Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002

Precoz: Iniciar el control, desde el momento en que la madre sospeche la gestación, pero como esto, casi nunca se logra, se acepta como precoz, una atención prenatal que se realice antes de cumplir el primer trimestre.

Frecuente: Varía de acuerdo con los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas en los distintos países. La Asociación Médica Americana, recomienda una primera visita, tan pronto se sospeche la gestación, luego, controles cada mes, hasta la semana 28, después cada 15 días hasta la trigésima sexta y cada 8 días hasta el final.

Buena Calidad*:* Debe incluir aspectos y acciones relacionados con educación, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. La posibilidad de diagnosticar problemas y tratarlos durante la gestación, sólo se logra con un control prenatal eficiente.

Cobertura: Para disminuir las altas tasas de morbimortalidad materna y perinatal, es preciso brindar el programa de control prenatal a todas las embarazadas; de no lograrse lo anterior, por lo menos se debe atender a la mayoría”[31].

Prevención y cuidados durante el embarazo

“Programa educativo.- Durante el control prenatal, se desarrolla un programa educativo, orientado hacia la preparación de la futura madre. Con este sistema,

[31] BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Bogotá-Colombia. 7ma. Edición. Quebecorworld. 2004

se evita la ignorancia, se elimina el temor y se instruye a la embarazada, para que recurra al hospital cuando presente ciertos cambios, que indiquen el comienzo de alguna complicación

Vacunación.- La mujer embarazada es más susceptible a la poliomielitis que la no gestante; por tanto, se recomienda la vacunación. Debe evitarse el uso de la vacuna tipo Sabin, por tener virus vivo y se recomienda la de virus atenuado como la de tipo Salk.

Si la embarazada no ha recibido el toxoide tetánico en la etapa preconcepcional, se recomienda el esquema que se utiliza en las mujeres en edad fértil: la primera dosis en la semana 22, al mes se aplica la segunda, a los seis meses la tercera, al año la cuarta y el último refuerzo un año después"[32].

"Controles posteriores.- El objetivo principal del control de la gestación es determinar precozmente las alteraciones que puedan ocurrir en la madre o en el feto, para realizar el tratamiento adecuado.

Consumo de drogas ilícitas.- El consumo crónico durante el embarazo en dosis elevadas es nocivo para el feto. Las embarazadas que consumen drogas, a menudo no realizan consultas prenatales. Se documentó los efectos de este tipo de drogas como: bajo peso del niño al nacer y grave compromiso neonatal como consecuencia de, la abstinencia del consumo de drogas poco tiempo después, del nacimiento.

[32] BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Bogotá-Colombia. 7ma. Edición. Quebecorworld. 2004

Fármacos.- Salvo raras excepciones, todo fármaco que ejerza un efecto sistémico en la madre, atraviesa la placenta y llega al embrión o feto. Todos los médicos deben incorporar la costumbre, de evaluar la probabilidad de un embarazo, antes de prescribir cualquier medicamento a mujeres en edad reproductiva.

Antes de prescribir un fármaco a una mujer embarazada es importante consultar el prospecto que lo acompaña, provisto por los laboratorios farmacéuticos y comprobados por la FDA"[33].

"Alcohol.- El etanol es un potente teratógeno, dado que el consumo de alcohol durante el embarazo puede provocar síndrome alcohólico fetal, se recomienda que las mujeres embarazadas o que deseen quedar embarazadas se abstengan de consumir cualquier bebida alcohólica.

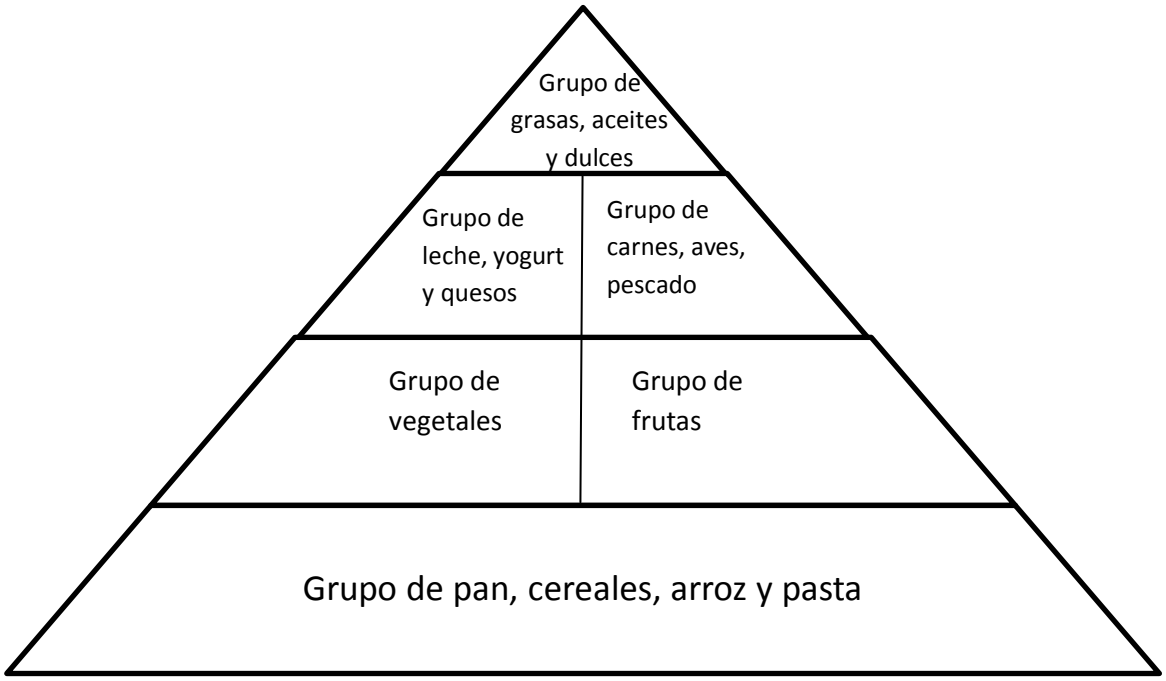
Tabaco.- El tabaquismo es una causa de primera importancia de enfermedades que se pueden prevenir y debe aprovecharse cualquier oportunidad a las pacientes que fuman para dejar de hacerlo

5.2.5. Alimentación

Las pacientes deben recibir información nutricional general y enviarse a otros profesionales de la salud si tienen necesidades especiales.

[33] CUNNINGHAM, Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002

La Food Guide Pyramid (Pirámide guía de la alimentación) creada por el U.S. Department of Agricultura, ayuda a las mujeres a elegir los alimentos, a partir de cinco grupos, que les brindarán los nutrimentos necesarios. La pirámide pone énfasis en la ingestión de diversos alimentos que ofrecen energía, proteínas, vitaminas, minerales y fibra en cantidades adecuadas. Pone también de relieve la dieta rica en vegetales, frutas y granos.



Obtenido de: BEREK. Jonathan S. Ginecología de Novak.

La ingestión total de grasas debe constituir 30% del total de calorías o menos. La ingestión de ácidos grasos saturados debe ser menor de 10% del total de calorías y la ingestión de colesterol debe ser menor de 300mg/día”[34].

[34] BEREK. Jonathan S. Ginecología de Novak. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. 13 Edición.

“Todos los días deben ingerirse cinco o más raciones de una combinación de vegetales y frutas, en especial verdes y amarillas y frutas cítricas. Las proteínas deben conservarse a niveles moderados (menos de 1.6 g/kg de peso corporal). La ingestión diaria total de sal debe limitarse a 6g o menos.

La ingestión de complementos de vitaminas y minerales no debe exceder a la ingestión dietética recomendada por día”[35].

5.2.6. Tratamiento odontológico durante el embarazo y lactancia.

“Durante el tratamiento dental de mujeres embarazadas y lactantes, el odontólogo se ve enfrentado a menudo, a determinados problemas ya que el tratamiento de la madre, no debe poner en peligro la salud del feto. En este contexto deben tenerse en cuenta, los riesgos tanto de la radiación ionizante como de la administración de medicamentos. Deberán evitarse en lo posible, los dolores y el estrés.

Tratamiento dental

Básicamente el odontólogo debe intentar establecer una buena relación con la paciente. Un comportamiento abierto y confiado puede ayudar a la paciente a relajarse, evitándole cargas psíquicas innecesarias.

[35] BEREK. Jonathan S. Ginecología de Novak. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. 13 Edición.

Debido al cambio hormonal durante el embarazo, a menudo se producen inflamaciones de la encía que pueden reducirse al mínimo, combatiendo la placa. La relación entre placa, factores irritantes locales, cambio hormonal y enfermedades periodontales, deberá ser explicada con claridad a la paciente.

La retirada de la placa supragingival y el pulido, así como el raspado subgingival pueden, en caso necesario, ser realizados en cualquier momento durante el embarazo.

Debido a la sensibilidad del feto durante el primer trimestre no se deberían realizar otras medidas dentales, salvo la retirada de placa y la limpieza dental profesional. Además, durante este período, existe en la madre una mayor tendencia a síncopes e hipotensión ortostática.

El segundo trimestre, es el período más seguro para los tratamientos de rutina. Durante este período, se dedicará especial atención al tratamiento de aquellas enfermedades que pudieran presentarse al final del embarazo o poco después del nacimiento. En todo caso, deberán posponerse hasta después del nacimiento, las medidas reconstructivas amplias y las intervenciones quirúrgicas mayores.

El comienzo del tercer trimestre todavía, es un período relativamente favorable para los tratamientos de rutina. Pero a partir de mediados del tercer trimestre, ya no se recomienda realizar tratamientos más complejos”[36].

[36] HEIDEMANN, D. Valoración y Profilaxis. Barcelona-España. 4ta. Edición. Elsevier Masson. 2007

“Deberán evitarse sesiones de tratamiento prolongadas, para evitar un síndrome de la vena cava inferior, (compresión de las venas, debido al mayor tamaño del útero). Sin embargo, resultará necesario, realizar un tratamiento durante este período, pueden reducirse los posibles problemas, planificando sesiones breves de tratamiento, colocando a la paciente en una posición semitumbada y realizando cambios frecuentes de postura.

Medicamentos durante embarazo y lactancia

El uso de medicamentos durante el embarazo, es un aspecto ampliamente discutido. El principal problema, es que los medicamentos administrados pueden pasar a la placenta y por tanto pueden tener una acción teratogénica o tóxica para el feto. Además, cualquier medicamento que produzca una depresión respiratoria, puede provocar una hipoxia en la madre y esto, a su vez, puede provocar en el feto hipoxia, daños o incluso la muerte.

Lo mejor sería, naturalmente, no administrar en principio ningún medicamento durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre, aunque a veces resulta necesario saltarse esta regla. Por tanto, sería ventajoso, al margen de algunas excepciones, que todos los medicamentos de uso habitual en la consulta dental, puedan ser utilizados con una seguridad relativa”[37].

[37] HEIDEMANN, D. Valoración y Profilaxis. Barcelona-España. 4ta. Edición. Elsevier Masson. 2007

Complicaciones dentales

“La complicación dental más frecuente durante el embarazo, es un claro aumento de las inflamaciones gingivales, producidas por una alteración del equilibrio hormonal durante la gestación. Las alteraciones gingivales, aparecen alrededor del segundo mes de embarazo y perduran generalmente hasta el octavo mes.

Tratamiento dental de emergencia

Si en un determinado momento del embarazo, fuera necesario realizar un tratamiento de emergencia, deberían adoptarse todas las medidas de tratamiento necesarias, ya que también los dolores e infecciones, pueden dañar al feto, por lo que deben ser necesariamente combatidos. Antes de iniciar el tratamiento, puede consultarse al ginecólogo en funciones”[38].

[38] HEIDEMANN, D. Valoración y Profilaxis. Barcelona-España. 4ta. Edición. Elsevier Masson. 2007

5.3. Riesgos Bucales Durante El Embarazo

5.3.1. Dieta cariogénica

"Con frecuencia, la mujer embarazada está en peligro considerable de desarrollar caries. Los dientes de la madre no pierden calcio, como se cree; en vez de esto, quizá, el riesgo de caries dental, aumente por cambios en los hábitos de alimentación. Por ejemplo, comer caramelos macizos para disminuir las náuseas y los frecuentes bocadillos entre comidas, elaborados con carbohidratos refinados, pueden incrementar el potencial cariogénico de la placa dental. Evitar las comidas chatarras y restringir el azúcar puede disminuir mucho el desarrollo de la caries."[39]

"Numerosos estudios, han mostrado que la exposición frecuente de azúcares refinados induce a la colonización y multiplicación de microorganismos cariogénicos, sobre todo si la exposición se produce entre comidas"[40].

5.3.2. Vómitos

"La madre con frecuencia, presenta náuseas que producen vómitos con regurgitación del ácido gástrico, y éste puede producir erosión y desmineralización de la superficie lingual de los dientes"[39].

"Las náuseas y los vómitos son trastornos frecuentes durante la primera mitad del embarazo. Generalmente son más intensos durante las mañanas, pero

[39] HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005
[40] BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006

pueden persistir todo el día. Sus causas, no se conocen con certeza, aunque Flaxman y Sherman (2000) sostienen que las náuseas y vómitos, asociados con una fase temprana del embarazo, representan un mecanismo de protección fetal"[41].

5.3.3. Saliva. pH y viscosidad

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

Así mismo ésta es efectiva para mantener el pH de la cavidad bucal y contribuye a regular el pH de la placa dental.

Durante el embarazo el pH de la saliva disminuye, por lo que existe un riesgo más alto de desarrollar caries. Numerosos problemas bucales, son causados por hipofunción de las glándulas salivales.

5.3.4. Placa bacteriana

Es una entidad bacteriana proliferante, con actividad enzimática que se adhiere firmemente a las superficies dentarias y que por su actividad bioquímica y

[41] CUNNINGHAM, Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002

metabólica ha sido propuesta como el agente etiológico principal de la caries dental.

La composición de la biopelícula varía, según el tiempo de maduración y la región de la pieza dentaria colonizada. Se la ha descrito como una estructura formada por dos matrices: la capa salival o cutícula acelular adquirida y la capa formada por microorganismos y polímeros extracelulares“[42].

5.3.5. Otros riesgos:

5.3.5.1. Hábito de fumar

“El tabaquismo es una causa de primera importancia de enfermedades, que se pueden prevenir y debe aprovecharse cualquier oportunidad a las pacientes que fuman, para dejar de hacerlo”[43].

“Durante el embarazo, los cambios hormonales que se dan en la mujer, influyen en la salud bucal, como el aumento de progesterona, que junto con el inadecuado cuidado, coadyuva a producir alteraciones en la salud periodontal. El tabaco produce una disminución de defensas de la encía frente a ataques bacterianos, lo que lleva a aumentar la susceptibilidad a la infección periodontal.

[42] BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006
[43] BEREK. Jonathan S. Ginecología de Novak. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. 13 Edición

5.3.5.2. Diabetes.

La diabetes gestacional se caracteriza por una incapacidad para transportar la glucosa, la principal fuente de energía del organismo, a las células durante el embarazo. El trastorno suele desaparecer al finalizar el embarazo pero las mujeres que han tenido diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar más tarde, la forma más común de diabetes, la de tipo 2”[44].

“Las manifestaciones bucales de pacientes diabéticos diagnosticados, incluyen un espectro completo de alteraciones. Los signos y síntomas clínicos, pueden estar en relación con cambios salivales y dentales, alteraciones periodontales y de la mucosa, infecciones oportunistas, aliento cetónico o diabético, y alteraciones de la curación de las heridas”[45].

[44]http://www.salud.com/secciones/salud_dental.asp?contenido=300630. Con información de: www.salut.org. 03 Abril, 2009

[45]http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/manifestaciones_bucales_diabetes_mellitus_gestacional.asp

5.4. Caries

5.4.1. Definición

“Es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos, sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado, se produce la desmineralización de la porción mineral y la disgregación de su parte orgánica”[46].

5.4.2. Epidemiología

“La actividad de la caries, en una sociedad o área geográfica concreta, está íntimamente relacionada con la cantidad de azúcar consumida.

En los países más industrializados donde las dietas tenían tradicionalmente un contenido alto de carbohidratos refinados, la tasa de caries ha sido considerablemente más alta que en los países menos desarrollados.

En años recientes, en los que la tendencia hacia medidas preventivas: como el consumo de agua fluorada, el mayor acceso a los cuidados dentales y mejor higiene oral, en los países industrializados, ha bajado la tasa de caries; al contrario, ha aumentado simultáneamente las caries en las sociedades menos desarrolladas y con pocos cuidados.

[46] Henostroza G. et al. Diagnóstico de caries dental. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005

Este último fenómeno en los países menos desarrollados, se debe a un reciente aumento del consumo de azúcar, como fuente barata de energía para el organismo, a la introducción de dietas occidentales, que contienen alimentos elaborados, a la imposibilidad de mantener el nivel necesario de higiene bucal y la falta de disponibilidad de cuidados dentales profesionales.

En el mundo occidental, la susceptibilidad a la caries dental, difiere significativamente entre grupos de edades, dientes individuales y superficies dentales.

En los individuos muy jóvenes, cuando las dietas son muy ricas en sacarosa y no se practica una prevención suficiente, las fosas y fisuras de los primeros molares, resultan frecuentemente afectadas por caries en los primeros tres años siguientes a la erupción. Los segundos molares siguen a los primeros en orden de susceptibilidad, luego, por los segundos premolares. Si los factores ambientales orales son sumamente cariógenos, se afectarán las superficies lisas de los molares y premolares; en primer lugar resultarán afectadas las superficies interproximales, seguidas por las superficies bucales y linguales. En circunstancias extraordinarias, también desarrollarán lesiones las superficies de los dientes anteriores. Estas superficies son más resistentes porque son relativamente autolimpiables”[47].

[47]SAPP, J. Philiph, y otros. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid-España. Editorial Elsevier España. S. A. 2005

5.4.3. Etiología

"La caries se considera una enfermedad multifactorial, en la que interaccionan factores dependientes del huésped, la dieta y la placa dental.

Placa dental

Es un depósito adherido sobre la superficie dentaria, de diversas comunidades de bacterias, inmersas en una matriz extracelular de polisacáridos.

Cuando existen cambios en el medio, se rompe la homeostasis y se produce un desplazamiento de cepas bacterianas. Así, en las coronas dentarias, lugares de predominio aerobio, y en situaciones de escaso aporte de hidratos de carbono, se desarrollan principalmente las cepas de estreptococos no cariógenos: oralis, sanguis, mitis; adheridos a la superficie dentaria por dextranos, son soluble en agua, y, por tanto, su unión a la superficie dentaria es reversible.

Sustrato

Las bacterias cariogénicas dependen de una fuente de sustrato externa para producir energía y polisacáridos extracelulares adhesivos, y el ácido es un producto colateral de este metabolismo"[48].

[48] BOJ, J. R. *Odontopediatría,* Barcelona: MASSON, S. A., 2004.

“Este sustrato consiste en la ingesta principalmente de azúcares o hidratos de carbono simples, monosacáridos y disacáridos, glucosa, fructosa, sacarosa, siendo este último el más cariogénico, ya que es el único sustrato del que se sirve S. mutans para producir glucano, polisacárido responsable de su adhesión a la placa dental.

Sin embargo, la forma y frecuencia del consumo, es más importante que la cantidad de azúcares consumida. El pH en boca cae por debajo de 5,5. Por tanto, la mayor frecuencia de la ingesta entre horas o la presencia de azúcares más viscosos que favorecen su retención sobre las superficies dentarias o un déficit de aclaramiento bucal facilitan la aparición de caries, al prolongar los niveles de pH bajos en el medio bucal.

Factores del Huésped:

Diente: El órgano dentario en sí mismo ofrece puntos débiles que predisponen al ataque de caries:

Anatomía del diente: Existen zonas del diente que favorecen la retención de placa o que el acceso de la saliva está limitado. Por ello, están más predispuestas a la caries, son las fosas y fisuras y las superficies proximales, especialmente en la zona cervical al área de contacto”[49].

[49] BOJ, J. R. *Odontopediatría,* Barcelona: MASSON, S. A., 2004.

“Disposición de los dientes en la arcada: El apiñamiento dentario favorece la caries.

Constitución del esmalte: Es el resultado de la composición del fluido fisiológico, que envuelve al diente durante el desarrollo; los elementos de este fluido, se incorporan al esmalte por intercambio iónico y pueden provocar que el esmalte sea inicialmente más o menos resistente al ataque ácido.

En este mismo sentido, deficiencias congénitas o adquiridas durante la formación de la matriz o en la mineralización pueden favorecer la caries, en especial la hipoplasia del esmalte en dientes temporales.

Edad posteruptiva del diente: La susceptibilidad a la caries es mayor, inmediatamente después de la erupción del diente, y disminuye con la edad. Los dientes sufren un proceso de maduración posteruptiva, que implica cambios en la composición de la superficie del esmalte. Durante este proceso, debido al ataque ácido, buena parte de los iones carbonato de la hidroxiapatita inicial que son más solubles, son sustituidos por otros iones, como el flúor, que confieren más resistencia a la hidroxiapatita del esmalte”[50].

Saliva

“Básicamente interviene como un factor protector del huésped. Entre sus mecanismos se incluyen: la acción de limpieza mecánica, y favorecedora del aclaramiento de las comidas; efecto tampón, por la presencia de iones

[50] BOJ, J. R. *Odontopediatría,* Barcelona: MASSON, S. A., 2004.

bicarbonato, fosfatos o urea, que tienen capacidad para neutralizar las disminuciones del pH en el medio bucal producido por la acción bacteriana de la placa dental; propiedades antibacterianas, debidas a determinadas proteínas y enzimas. Principalmente la inmunoglobulina A, producida en las glándulas salivales, que inhiben la adhesión de las bacterias al esmalte, y, en menor medida, también se encuentra la inmunoglobulina G, procedente del fluido gingival, pero que no está en cantidad suficiente en el entorno coronario supragingival”[51].

5.4.4. Factores predisponentes y atenuantes

“Según Bhaskar, en la etiología de la caries existen factores predisponentes y atenuantes:

a) Civilización y raza*:* En ciertos grupos humanos existe mayor predisposición a la caries que en otros, tal vez la causa de la influencia racial en la mineralización, la morfología del diente y la dieta.

b) Herencia: Existen grupos inmunes y otros altamente susceptibles y esta característica es transmisible.

c) Dieta: El régimen alimentario y la forma y la adhesividad de los alimentos ejercen una influencia preponderante sobre la aparición y el avance de la caries.

[51] BOJ, J. R. *Odontopediatría,* Barcelona: MASSON, S. A., 2004.

d) Composición química*:* La presencia de pequeñas cantidades de ciertos elementos en el esmalte determina que éste se vuelva más resistente a la caries; entre estos elementos se encuentran el flúor, el estroncio, el boro, el litio, el molibdeno, el titanio y el vanadio. La presencia de estos elementos en el agua de bebida durante la época de formación del esmalte puede tornarlo más resistente al ataque.

e) Morfología Dentaria: Las superficies oclusales con fosas y fisuras muy profundas favorecen la iniciación de las caries. La posición irregular, la presencia de diastemas, el apiñamiento y otros factores oclusales también facilitan el proceso. La actividad muscular de los labios, la lengua y los carrillos puede limitar el avance de la lesión al barrer mayor cantidad de biopelícula dental.

f) Higiene Bucal*:* El uso de cepillo dental, hilo dental, palillos, irrigación acuosa u otros elementos reduce significativamente la frecuencia de esta lesión.

g) Sistema Inmunitario*:* Existe un factor inmunológico que interviene en la saliva humana y de muchos animales. Este factor es la inmunoglobulina A, que protege al organismo de ciertos ataques y que al recubrir a las bacterias de la biopelícula dental, posibilita su fagocitosis por parte de los neutrófilos de la cavidad bucal"[52].

[52] BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006

h) “Flujo Salival*:* Su cantidad, consistencia y composición tienen una influencia decisiva sobre la velocidad de ataque y la defensa del organismo ante la caries.

i) Glándulas de secreción interna*:* Actúan en el metabolismo del calcio, el crecimiento y la conformación dentaria, el medio interno y otros aspectos.

j) Enfermedades sistémicas y estados carenciales*:* Favorecen la iniciación de la lesión al disminuir las defensas orgánicas, alterar el funcionamiento glandular o modificar el medio interno”[53].

5.4.5. Clasificación

“Mount y Hume presentaron un concepto moderno de clasificación que dejó obsoleta la idea de Black publicada hace más de cien años y definieron dos tipos de descriptores: los sitios y los estadios.

Existen tres sitios de susceptibilidad a la caries, que son las áreas donde la placa dental tiende a acumularse.

[53] BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006

Sitios de susceptibilidad a la caries		
Sitio 1	***Sitio 2***	***Sitio 3***
Lesiones cariosas iniciadas en hoyos; fisuras; fosas en superficies oclusales, bucales y linguales de todos los diente, y otros defectos sobre todas las superficies planas de la corona(excepto proximales)	Lesiones cariosas iniciadas sobre superficies proximales de todos los dientes.	Lesiones cariosas iniciadas sobre superficies coronarias o radiculares en el área cervical de todos los dientes.

Obtenido de: BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006

Cada sitio tiene cuatro estadios de progresión de la caries, que corresponden a la extensión y el tamaño de la lesión, con referencia a guías anatómicas y radiológicas.

Concepto Si/Es.- Sobre la base de la clasificación original se conservan los tres sitios de susceptibilidad a la caries tal cual los describieron Mount y Hume. Como idea nueva, la escala de los estadios de la caries pasa a tener cinco niveles en vez de cuatro. Se agrega entonces el estadio 0 que equivale a una lesión detectable, diagnosticada para un tratamiento de remineralización estrictamente no invasivo”[54].

[54] BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006

Concepto Si/Es			
Estadios de Progresión de la Caries	***Diagnóstico Clínico***	***Opciones de tratamiento***	***Cociente restauración /diente***
Estadío 0	Lesión activa sin cavitación, sin necesidad de intervención	Tratamiento de remineralización y/o sellador. Monitoreo subsiguiente de la lesión, lo que mostrará reversión o progresión	0/5
Estadío 1	Lesión con alteraciones superficiales que han progresado hasta un punto en el cual la remineralización no es posible y el tratamiento restaurador está indicado	Preparación cavitaria mínimamente invasiva para una obturación adhesiva combinada con el tratamiento profiláctico en las superficies adyacentes.	1/5
Estadío 2	Lesión moderada con cavitación localizada que ha progresado en la dentina, sin debilitar cúspides, que requiere tratamiento restaurador.	Preparación mínimamente invasiva para una cavidad mayor, combinada con el tratamiento profiláctico en las superficies adyacentes.	2/5
Estadío 3	Lesión agrandada con cavitación extendida que ha progresado en la dentina que causa el debilitamiento de las cúspides y requiere tratamiento restaurador.	Preparación cavitaria para una restauración directa o indirecta para el restablecimiento de la función, preservación y refuerzo de la unidad restauración/diente.	3/5
Estadío 4	Lesión que ha progresado al punto que una o más cúspides están destruidas y se requiere tratamiento restaurados	Preparación cavitaria extendida para una restauración indirecta para el restablecimiento de la función, preservación y refuerzo de la unidad restauración/diente	4/5

Obtenido de: BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006

5.4.6. Diagnóstico de la caries dental

"La caries se manifiesta de diferentes maneras en las distintas superficies dentarias. El diagnóstico de caries se basa en el uso de una o más, de las cuatro técnicas consideradas básicas: examen visual, examen táctil con sonda, examen radiográfico y transiluminación.

Actualmente se da especial importancia a la inspección visual de las superficies dentarias bajo una buena fuente de luz, con limpieza y secado previo de estas superficies.

La exploración tradicional con una sonda se ha puesto en cuestión como último determinante de la actividad de caries. Las razones esgrimidas son que lesiones, en principio, no cavitadas pueden convertirse en cavitadas simplemente por ejercer presión con la sonda durante el típico examen clínico. La sonda puede causar cavitación en áreas que se están remineralizando o susceptibles de remineralizar.

La sonda también puede transferir bacterias cariogénicas de una superficie dentaria a otra.

Las lesiones en mancha blanca se encuentran típicamente en las superficies lisas, que si están expuestas son fáciles de visualizar. En caso de superficies interproximales puede ser útil el uso previo de separadores"[55].

[55] BOJ, J. R. *Odontopediatría,* Barcelona: MASSON, S. A., 2004

“La transiluminación de las áreas interproximales puede ser efectiva en estas zonas, especialmente en los dientes anteriores.

En la exploración clínica de las lesiones de fosas y fisuras se consideran los siguientes criterios de diagnóstico:

a) Opacidad alrededor de la fosa o fisura, que indica esmalte subyacente socavado o desmineralizado.
b) Reblandecimiento de la base de la fosa o la fisura.
c) Esmalte reblandecido en el área adyacente.

La caries incipiente en fosas y fisuras es difícil de diagnosticar por radiografía de aleta de mordida. Sin embargo, lesiones de caries en apariencia poco agresivas pueden conducir a una infravaloración en su diagnóstico, como ocurre con la caries oculta.

En fosas y fisuras sospechosas de caries en la exploración clínica puede ser útil la apertura mínima de la fisura con una fresa redonda muy pequeña para realizar un diagnóstico más exacto”[56].

[56] BOJ, J. R. *Odontopediatría,* Barcelona: MASSON, S. A., 2004

5.5. Enfermedades Periodontales

“El término Enfermedad periodontal describe un grupo de enfermedades que se inician y se mantienen confinadas en los tejidos periodontales. La mayoría son lesiones inflamatorias provocadas por microorganismos que se acumulan en el área crevicular”[57]. Las enfermedades periodontales pueden dividirse en:

5.5.1. Gingivitis

5.5.1.1. Definición

“Es una condición reversible de los tejidos blandos gingivales, que, como consecuencia de un proceso inflamatorio, sangran y pueden cambiar de color, tamaño y consistencia. Se detecta histológicamente a los cuatro días de la acumulación de placa, se afecta exclusivamente el componente más superficial del periodonto, la encía marginal y el proceso inflamatorio no se extiende más allá del epitelio de inserción.

5.5.1.2. Clasificación

La Academia Americana de Periodoncia (AAP), a finales de 1999, en la Ciudad de Oak Brook, Illinois, realizó un taller mundial para clasificar las enfermedades periodontales, cuyos resultados fueron publicados en diciembre de 1999.

[57] BARTOLUCCI, Enrico. Atlas de Periodoncia. Madrid-España. Ripano Editorial Médica. 2007

En esta clasificación aparece por primera vez la terminología de enfermedad gingival, que no aparecía en la clasificación de 1989, y en ella se tiende a agrupar con esta denominación odas aquellas lesiones con las siguientes características:

a) Presentar signos y síntomas limitados a la encía.
b) Presencia de placa para iniciar o exacerbar la lesión.
c) Signos clínicos de inflamación, niveles de inserción estables.
d) Posible rol como precursor de la pérdida dentaria.

Atendiendo a la intensidad de los signos clínicos, principalmente el sangrado, la coloración y el aumento de volumen de la encía, se ha clasificado a la gingivitis como leve, moderada y grave"[58].

"Gingivitis Leve.- Los cambios son muy sutiles, pero mediante una inspección al detalle, delata una rubefacción localizada, ligera tumefacción, pérdida parcial del moteado y ligera hemorragia al sondaje.

Gingivitis Moderada.-La placa bacteriana al no ser removida a tiempo continúa con su injuria al la encía, y el paciente ya lo puede diagnosticar, pues el primer signo para el paciente es el sangrado al cepillarse los dientes, clínicamente se aprecia rubefacción acusada, pérdida del moteado y fácil hemorragia al sondaje.

[58] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

Gingivitis Grave.- El proceso degenerativo no se detiene e inicia una retracción óseo gingival que se caracteriza, por un alejamiento de el esmalte del diente, empezando a mostrarse el cemento radicular, esto se debe a que los tejidos tratan de liberarse, de el agente irritativo. Al examen presenta rubefacción intensa, tumefacción e hiperplasia”[59].

5.5.1.3. Índice de Sangrado Gingival (Löe y Silness)

“Uno de los índices más utilizados para determinar la prevalencia y la severidad de la inflamación gingival es el índice gingival de Löe y Silness. Con este índice es posible, por medio de sus códigos de 0 a 3, registral las tendencias de sangrado, cambios en el color y el contorno de la encía, alteraciones en la consistencia de los tejidos y la presencia de ulceraciones.

Al igual que el índice de placa, sólo se seleccionan seis dientes. Los datos pueden ser registrados para cada diente en forma individual, o para todos los seis dientes. La evaluación, el uso de los códigos y el registro son muy rápidos y útiles en estudios epidemiológicos a gran escala.

El objetivo básico de un índice de sangrado no es determinar la profundidad del surco, ni evaluar la extensión de pérdida de la adherencia epitelial, ni determinar la pérdida ósea, sino sólo evaluar si existe o no sangrado gingival”[60].

[59] http://www.clasdental.com/periodoncia.html
[60] HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005

“Determina la severidad y localización de la inflamación gingival mediante la evaluación de la fragilidad capilar. En cada pieza se toma 4 áreas:

1. Por bucal: distal, medio y mesial.
2. Por palatino o lingual: porción media.

Procedimiento:

a. Secar con un chorro de aire la encía marginal

b. Sondear la hendedura gingival con la sonda periodontal. Lleve la sonda hasta el fondo de la hendedura o bolsa y recórrala en el sentido lateral de mesial a distal o viceversa.

c. Registrar los datos en la historia clínica según los siguientes criterios:

Grado 0 = encía normal

Grado 1 = inflamación leve.

Ligero cambio de color

Ligero edema del margen gingival

No sangrado al sondaje”[61].

[61] SUENG, Lola. Diagnóstico de la enfermedad periodontal y otras alteraciones del periodonto. Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007.

“Grado 2 = inflamación moderada.

El tejido se aprecia brillante y liso

Enrojecimiento moderado y edema

Sangrado al sondaje

Grado 3 = inflamación severa.

Edema y/o ulceración

Enrojecimiento marcado

Sangrado espontáneo”[62].

5.5.1.4. Gingivitis del embarazo

“La gingivitis del embarazo, presente en el 70% de las embarazadas, se considera un cuadro inflamatorio gingival condicionado por la interacción entre el significativo aumento de los niveles plasmáticos de hormonas (sobre todo estrógenos y prostágenos, así como la gonadotropina coriógena) y la presencia de un irritante local, como es la placa bacteriana. No suele producirse en ausencia de placa bacteriana, es decir que el embarazo en sí no produce esta lesión.

Se trata de una gingivitis comúnmente generalizada, que afecta en mayor medida a áreas interproximales que sangran de manera espontánea o ante un leve estímulo provocador.

[62]SUENG, Lola. Diagnóstico de la enfermedad periodontal y otras alteraciones del periodonto. Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007.

5.5.1.5. Tratamiento

Las pautas de tratamiento serían:

a) Motivación relacionada con la importancia del control de placa.

b) Instrucción de higiene oral y revisión del control de placa.

c) Raspado y alisado para eliminar todos los depósitos bacterianos duros y blandos.

d) Pulido de las superficies dentarias mediante pastas abrasivas con flúor para evitar recurrencia. La placa bacteriana se forma más fácilmente en superficies ásperas"[63].

5.5.2. Periodontitis

5.5.2.1. Definición

"Es una lesión inflamatoria que afecta a todos los componentes del periodonto, el proceso destructivo da lugar a la migración apical del epitelio de inserción del periodonto y a la afectación de los tejidos periodontales profundos: el cemento radicular queda expuesto y tanto el ligamento periodontal como hueso alveolar que rodeaban a la superficie expuesta se destruyen.

[63] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

5.5.2.2. Etiología

Las infecciones periodontales, están causadas por bacterias adheridas al diente y los tejidos blandos limítrofes a través de un biofilm. Dicha película está formada por colonias puras o mixtas de bacterias, rodeadas de una matriz acelular, el glico-calix, compuesto principalmente por polisacáridos extracelulares, producidos por las bacterias residentes. Parece existir una comunicación entre las células microbianas del biofilm, incluyendo transferencia de información genética, que permitiría cambios en respuesta a las agresiones ambientales.

La estructura del biofilm, provee a las bacterias, de una defensa contra los mecanismos de protección del huésped y contra los agentes antimicrobianos. A menudo, los microorganismos que crecen en los biofilms son diferentes fisiológicamente de los que viven en suspensión, y su actividad varía en diferentes localizaciones del mismo biofilm. Los microorganismos pueden ser liberados del biofilm para colonizar otros sitios del mismo individuo u otro individuo”[64].

“Las infecciones causadas por bacterias que se desarrollan en biofilms se caracterizan por el tiempo que transcurre entre la infección y el desarrollo de la enfermedad, el prolongado curso de las enfermedades y el carácter endógeno de las bacterias causales de la infección, cuya fuente de origen es a menudo

[64] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

desconocida. Por otra parte, las diferencias entre las bacterias residentes en biofilms y aquellas que crecen en suspensión explican la diversidad en la sensibilidad de las bacterias de la placa a diversos agentes antimicrobianos in vitro e in vivo, que con tanta frecuencia se observan y justifican la relativa poca eficacia clínica de la mayoría de colutorios orales, y en cambio el contundente efecto del cepillado dental cuando se trata de desbaratar la biopelícula periodontal.

Aunque es probable que hasta 20 especies bacterianas sean responsables de la periodontitis crónica, existen algunas como la prevotella intermedia, porphyromona gingivalis y tannerella forsythensis aparecen como las implicadas en casos con lesiones destructivas moderadas o avanzadas de entre todas aquellas que forman la biopelícula con implicaciones periodontales.

Las razones por las cuales la gingivitis progresa a periodontitis no son bien conocidas, pero podrían responder a:

a) Cambios en la composición de la flora bacteriana.
b) Cambios en la respuesta del hospedador.
c) Factores yatrógenos”[65].

“Aunque el mecanismo por el cual la simple inflamación gingival progresa hacia la destrucción de los tejidos periodontales no está aún completamente explicada, la visión actual de la etiología multifactorial de la periodontitis

[65] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

corresponde a la de un modelo superponible a otras enfermedades crónicas humanas, que incluiría una causa necesaria, el estilo de vida, los factores psicosociales y los factores sistémicos.

Mientras no cabe duda de que la periodontitis es una enfermedad infecciosa, es necesario un huésped susceptible para su inicio y desarrollo, de tal manera que factores achacables al huésped, como la herencia o las enfermedades sistémicas, y factores ambientales, tales como el tabaco, juegan un papel tan importante como las bacterias en la etiopatogenia de la periodontitis"[66].

5.5.2.3. Características Clínicas

"Se puede observar:

a. Pérdida ósea
b. Recesión gingival (pérdida de encía)
c. Aparición de bolsas periodontales
d. Fístulas o pus alrededor del diente
e. Halitosis
f. Mal sabor de boca
g. Alteraciones en la oclusión)
h. Encías que presentan un color rojo brillante o rojo purpúreo

[66] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

i. Encías que tienen aspecto brillante o que sangran con facilidad (presencia de sangre en el cepillo de dientes, incluso si el cepillado se hace con suavidad)

j. Encías que pueden ser sensibles al tacto, pero por lo demás no duelen

k. Movilidad dentaria"[67].

5.5.2.4. Clasificación de las enfermedades periodontales

5.5.2.4.1. Periodontitis Crónica

"Es una enfermedad infecciosa que produce inflamación de los tejidos de soporte de los dientes, pérdida de inserción y pérdida ósea alveolar, es el tipo de periodontitis más frecuente. Se inicia y se mantiene por la placa bacteriana, pero los mecanismos de defensa del huésped desempeñan un papel importante en su patogénesis. Además, las cepas bacterianas anaerobias gram-negativas son las que se observan con mayor frecuencia"[68].

"Es de evolución lenta, y en general se asocian a niveles de destrucción moderados, aunque puntualmente puedan existir en algunos pacientes localizaciones con pérdidas de soporte considerables.

Aunque la mayoría de los estudios epidemiológicos periodontales no distinguen entre los diferentes tipos de periodontitis, existen indicaciones de que las

[67] http://www.periodontitis.net/signos_per.htm. Actualizado mayo 2009
[68] LASKARIS, George. Atlas de Enfermedades Orales. Editorial MASSON. 1ra. Edición. 2005

periodontitis crónicas constituyen el 80-90% de todas las periodontitis, mientras que el resto corresponderían a periodontitis agresivas.

El perfil del paciente con periodontitis crónica, corresponde generalmente a una persona a partir de la cuarta década de vida que presenta, uno o más de los siguientes síntomas: movilidades dentarias, retracción gingival, diastemas y migraciones dentarias, abscesos. A diferencia de lo que sucede en las periodontitis agresivas, en los pacientes con periodontitis crónicas, la placa y el cálculo supra y subgingivales suelen ser abundantes. No es típico de las periodontitis el sangrado espontáneo o al cepillado, ni el dolor.

La exploración clínica incluirá una meticulosa revisión de las estructuras y tejidos orales y extraorales, tras lo cual se procede a la exploración periodontal. El paciente con periodontitis crónica, suele presentar bolsas generalizadas de profundidad variable, sin un parón de destrucción definido, que corresponden a pérdidas de soporte"[69].

5.5.2.4.2. Periodontitis Agresiva

"En el International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions celebrado en 1999, se adoptaron unos nuevos criterios para la clasificación de las enfermedades periodontales. Se decidió la eliminación del término periodontitis de inicio precoz por considerarlo excesivamente restrictivo, ya que las características clínicas que definen a las entidades

[69] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

clínicas comprendidas en este grupo (periodontitis prepuberal, periodontitis juvenil localizada y periodontitis rápidamente progresiva) pueden presentarse a cualquier edad. Por tanto se decidió adoptar el nuevo término periodontitis agresivas y su subdivisión en localizada y generalizada.

5.5.2.4.2.1. Generalizada

Aparece en pacientes entra la pubertad y los 30-35 años. Se caracteriza por una destrucción periodontal grave y generalizada que afecta a toda la dentición. Algunos de estos pacientes han tenido antecedentes de periodontitis agresiva localizada. La progresión de la enfermedad es rápida y cíclica. Es posible, que en la fase de exacerbación se suceda una fase de remisión, durante la cual, los tejidos periodontales pueden aparecer clínicamente normales. En esta fase de remisión, la enfermedad puede pasar inadvertida. Algunos pacientes tienen manifestaciones sistémicas, como malestar general, pérdida de peso y de apetito, depresión, que podrían reflejar la existencia de una infección periodontal aguda, dominada por microorganismos gram negativos”[70].

5.5.2.4.2.2. Localizada

“La enfermedad inicia en la pubertad entre los 11 y 15 años de edad y se caracteriza por la formación de bolsas periodontales y la destrucción avanzada de hueso alveolar. La progresión es rápida, con pérdida de inserción

[70] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

periodontal rápida. Clínicamente, los tejidos gingivales aparecen normales o con mínima inflamación gingival, aunque puede haber presencia de sangrado al sondaje. Característicamente, estos pacientes presentan mínimas cantidades de placa y cálculo”[71].

5.5.2.4.3. Tratamiento

“El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación, eliminar las bolsas si éstas existen y corregir las causas subyacentes.

Se deben reparar las superficies ásperas de los dientes o los aparatos dentales; además debe tratarse la enfermedad generalizada u otras afecciones.

Es importante realizar una profilaxis que puede involucrar el uso de diversos instrumentos para remover los depósitos de cálculo.

Después de realizarse la profilaxis, es necesario que el paciente realice una higiene oral meticulosa en casa, para evitar mayor deterioro, con la debida instrucción de las técnicas del cepillado y del uso de la seda dental.

A menudo, se recomienda que los pacientes con periodontitis, se hagan una limpieza dental profesional con una frecuencia mayor a dos veces al año.
La cirugía puede ser necesaria. Es posible que se requiera abrir y limpiar las bolsas profundas en las encías y brindar soporte a los dientes flojos.

[71] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

Asimismo, es probable la extracción de uno o varios dientes, de manera tal que el problema no empeore y se propague a los dientes adyacentes”[72].

[72] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001059.htm

5.6. Alteraciones Bucodentales Del Embarazo

“Clínicamente, las alteraciones gingivales del embarazo se caracterizan por un color rojo fuego de la encía marginal y las papilas interdentarias. Al mismo tiempo, la encía aumenta su tamaño y tumefacción que afecta sobre todo a las papilas interdentales. La encía muestra una tendencia creciente a sangrar y, en casos avanzados, las pacientes pueden experimentar un ligero dolor acompañado de sensación de boca sucia y halitosis. Además de los síntomas gingivales, hacia el octavo mes puede aparecer una hipermovilidad dentaria, tras lo cual se reduce de igual manera que los síntomas gingivales. La hiperlaxitud del ligamento periodontal va paralela a la de todos los ligamentos durante el embarazo”[73].

“En mujeres previamente libres de periodontitis, se ha visto que el embarazo produce gingivitis grave e inicio de periodontitis destructiva, que se ha atribuido al aumento de los esteroides que aumentan durante el embarazo, o una depresión de la inmunidad asociada a este estado de la mujer. La respuesta de la encía a los esteroides, es una reacción exagerada a los irritantes locales, en especial a la placa bacteriana. Además, la progesterona afecta al metabolismo del colágeno.

En general, los efectos del embarazo sobre la encía se controlan mediante una higiene oral especialmente cuidadosa”[74].

---

[73]ECHEVERRÍA, José. Manual de Odontología. España. 2da. Edición. Editorial MASSON. 2008

[74] CUENCA, S. Emili. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA. PRINCIPIOS, MÉTODOS Y APLICACIÓN. Editorial MASSON. 3ra Edición. 2005

5.6.1. Granuloma del Embarazo

"Se presenta en un 5% de las pacientes embarazadas. Conocido como tumor del embarazo, épulis del embarazo o granuloma gravidarum. No le corresponde el término tumor como sinónimo de neoplasia ni deberíamos llamarlo épulis; en ésta hiperplasia simple, que suele presentarse después de la mitad del embarazo, las alteraciones hormonales influirían en forma sistémica, modificando la respuesta del tejido gingival a la irritación local.

Puede manifestarse como un pequeño crecimiento rojo, brillante, sésil o pediculado, que brota del espacio interproximal como un hongo. Sangra con el traumatismo masticatorio o el cepillado o puede observarse como una gran masa exofílica que a veces cubre la superficie dentaria, muy sangrante pero poco dolorosa"[75]. No invade tejido óseo.

5.6.2. Agrandamiento Gingival

"El agrandamiento gingival, que acompaña los procesos inflamatorios, que afectan la encía, es consecuencia del edema tisular típico de la inflamación. El agrandamiento es marginal y papilar, siendo de tipo generalizado, aunque predomina la afección del área incisiva. El grado de afectación es variable, en función del tiempo de evolución, y el cuadro histopatológico acompañante se caracteriza por edema e infiltrado inflamatorio linfocitario y neoangiogénesis. Su curso clínico es benigno y la eliminación de los factores locales mediante

[75] CECCOTTI, El Diagnóstico En Clínica Estomatológica. Buenos Aires- Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2007

una tartrectomía, generalmente ultrasónica, hace que el agrandamiento desaparezca.

Durante el embarazo y menos frecuentemente en la pubertad, la especial susceptibilidad del tejido gingival a los cambios hormonales, hace que la gingivitis asociada a la placa se manifieste de una forma exagerada, especialmente a partir del tercer mes. Los cambios inflamatorios son intensos, con afección generalizada de la encía marginal y de las papilas, que aparece llamativamente eritematosas y friables"[77].

5.6.3. Alteraciones Dentarias

"A pesar de la idea generalizada de que "cada embarazo cuesta un diente", no hay razones para pensar que puedan aparecer más caries que las debidas al abandono de la higiene oral o a un aumento exagerado en el consumo de dulces. El efecto del embarazo en la iniciación o en progresión de las caries no está claro. Sin embargo, estudios previos indican que los dientes no presentan alteraciones patológicas especialmente evidentes, es decir, no hay retiradas de calcio y otros minerales en el diente. El número de la población de microorganismos cariogénicos pueden incrementarse en el embarazo coincidiendo con una baja del pH salival y a causa del efecto Buffer. Los cambios en la composición de la saliva ocurren cuando el embarazo está ya avanzado y durante la lactancia, y pueden predisponer de manera temporal la caries dental y la erosión"[76].

[76] ECHEVERRÍA, Manual de Odontología. 2008

5.6.4. Prevención

"La forma de prevención de todas estas alteraciones, es una cuidadosa higiene oral. Cualquier intervención que se haga sin suprimir los irritantes locales irá seguida de recidiva"[77].

5.6.5. Tratamiento

"El tratamiento de estas alteraciones es la eliminación de los factores irritantes, sean placa bacteriana y cálculo. Además de la colaboración del paciente en cuanto a higiene bucal. En el caso del granuloma del embarazo, desaparecerá tras el parto, sin embargo puede llegar a aparecer en otras membranas mucosas distintas a la encía y en la piel. Si no se trata puede reaparecer tras el parto o quedar como una masa fibrótica.

En algunas ocasiones, habría que realizar tratamientos quirúrgicos resectivos en los casos que por el cambio hormonal se ha producido un agrandamiento gingival marginal o generalizado"[78].

[77] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005
[78] ECHEVERRÍA, José. Manual de Odontología. España. 2da. Edición. Editorial MASSON. 2008

5.7. Higiene Bucodental

“Los problemas y enfermedades odonto-estomatológicas más frecuentes son debidos a una incorrecta o insuficiente higiene bucodental. Tenemos los siguientes:

Problemas y enfermedades dentales:

a) Desarrollo excesivo de placa bacteriana y formación de cálculo
b) Halitosis.
c) Caries.

Problemas y enfermedades periodontales:

a) Gingivitis.
b) Periodontitis.

El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental y con revisiones periódicas al odontólogo o al estomatólogo.

También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial cariogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa”[79].

[79] SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005

5.7.1. Índice de placa (Índice de Loe y Silness).

"El índice de placa de Löe y Silness proporciona una modificación del índice de O'Leary. También es visual y sólo requiere un espejo bucal. Una de las deficiencias del índice de O'Leary es que requiere examinar la presencia de placa en las superficies de todos los dientes, pero no hay grados entre una gran cantidad de placa y la ausencia de la misma.

El índice de Löe y Silness también requiere que las cuatro superficies de los dientes diseñados, sean examinadas de forma visual y un registro de las puntuaciones, a saber; el primer molar superior derecho, el incisivo lateral superior derecho y el primer premolar izquierdo; después en inferior, el primer molar inferior izquierdo, el incisivo lateral izquierdo y el primer premolar derecho, un total de seis dientes. Para cada una de las superficies de estos dientes, se otorga una puntuación de 0 a 3, de acuerdo a la severidad."[80]

Puntuación	Criterios
0	No hay placa en áreas gingivales
1	Película o placa en el margen de encía libre, detectable sólo por medio de la remoción con sonda periodontal o utilizando solución reveladora
2	Acumulación moderada de placa, notable a simple vista dentro del surco, ya sea en la encía marginal, en las superficies de los dientes adyacentes, o en ambos
3	Gran acumulación de materia blanda en el margen de encía de la superficie dental. Los detritos blandos ocupan la región interdental.

Obtenido de: HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005

[80] HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005

“De esta manera, puede determinarse la cantidad promedio de placa para cada diente, dividiendo entre 4, las puntuaciones de los seis dientes se dividen entre 6 para obtener el promedio de la boca. Puede esperarse la presencia de las puntuaciones más altas en las superficies interproximales.

El índice tiene la ventaja de que proporciona más datos acerca de los hábitos de cuidado personal del paciente, al mismo tiempo que lleva menos tiempo realizar su evaluación que en el registro de toda la dentición”[81].

5.7.2. Cepillado

5.7.2.1. Técnicas de Cepillado

“Se han desarrollado numerosas técnicas de cepillado fundadas básicamente en el movimiento impreso del cepillo. Es probable que la aceptación de un método se deba a factores relacionados con el paciente, como la simplicidad, antes que a una prueba científica de su efectividad.

5.7.2.1.1. Técnica de Bass(1954)

El cepillo se coloca a 45º respecto del eje mayor del diente y las cerdas se presionan ligeramente en el margen gingival y en la zona interproximal; a partir de esa posición se mueve de atrás hacia adelante con acción vibratoria en el mismo lugar para desorganizar la placa. Para las caras vestibulares de todos

[81]HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005

los dientes y para las linguales de los premolares y los molares el mango debe mantenerse paralelo y horizontal al arco denario. Para las caras linguales de los incisivos y caninos superiores e inferiores el cepillo se sostiene verticalmente y las cerdas del extremo de la cabeza se insertan en el espacio crevicular de los dientes. Para las caras oclusales se recomiendan movimientos de barrido cortos en el sentido anteroposterior.

Sirve para la remoción de la placa supragingival como la subgingival más superficial.

5.7.2.1.2. Técnica Horizontal

Las cerdas del cepillo se colocan a 90º respecto del eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia adelante como en el barrido. Esta técnica está indicada en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permitan utilizar una técnica más compleja.

5.7.2.1.3. Técnica se Stillman modificada

Las cerdas se colocan a 45º respecto del ápice de los dientes en el margen gingival, en una posición similar a la del método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo se sitúa mesiodistalmente con un movimiento gradual hacia el plano oclusal. De esta manera, se limpia la zona interproximal y se masajea vigorosamente el tejido gingival.

5.7.2.1.4. Técnica de Charters

El cepillo se coloca 45º respecto del eje mayor del diente y las cerdas, que 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 entran 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 rotatorio que fuerza las cerdas hacia los surcos o fisuras. En la cara lingual de los dientes anteriores el cepillo se coloca en posición vertical y solo trabajan las cerdas de la punta"[82].

5.7.3. Hilo Dental

5.7.3.1. Uso de Hilo dental

"El uso del hilo dental es la medida más indicada para la remoción de placa y detritos de las troneras. El uso eficaz de hilo dental completa los siguientes objetivos:

a. Remueve la placa y los detritos adheridos a los dientes, restauraciones, aplicaciones ortodónticas, a puentes y prótesis fijas, a la encía en las porciones interproximales y alrededor de los implantes.

b. Auxilia al clínico a identificar depósitos interproximales calcáreos, restauraciones sobresalientes o lesiones cariosas interproximales.

[82] BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006

c. Puede detener o prevenir lesiones cariadas interproximales.

d. Disminuye el sangrado gingival.

e. Puede utilizarse como vehículo para la aplicación de pulidores o quimioterapéuticos en las partes interproximales y subgingivales.

Dos métodos frecuentes de empleo de hilo dental son: el devanado y el circular.

El método devanado es en particular adecuado para adolescentes y adultos con el grado necesario de coordinación neuromuscular para utilizar el hilo dental. El método del asa, es apropiado para los niños y los adultos, con manos menos hábiles o limitaciones físicas producidas por situaciones como limitada coordinación muscular o artritis. El uso de hilo dental es una habilidad compleja, por lo tanto, hasta que los niños desarrollan una destreza adecuada, que por lo general es a la edad de 10 a 12 años, un adulto debe realizar el procedimiento." [83]

"El **método devanado** se toma una pieza de hilo dental de aproximadamente 46cm. La mayor parte del hilo dental se enreda en el dedo medio. Debe dejarse espacio entre las vueltas, para evitar el deterioro de la circulación hacia los dedos. El resto, se enreda de manera similar en el mismo dedo de la mano

[83] HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005

opuesta. Este dedo puede dar vuelta a medida que se ensucia o deshilacha, para permitir el acceso a una porción sin utilizar. Los últimos tres dedos se doblan y las manos se separan, para jalar y estirar el hilo dental, y de esta manera, dejar libres los dedos pulgar e índice de cada mano. En seguida el hilo dental, se toma con los dedos índice y pulgar de cada mano, para dejar una porción de tres cuartos de pulgada a una pulgada de largo, entre las manos.

Para el **método cerrado,** se anudan los extremos de un pedazo de hilo dental de 46cm. Todos los dedos, a excepción de los dos pulgares, se colocan uno cerca del otro dentro del circuito.

Ya sea que se utilice el método devanado o el de asa para el hilo dental se siguen los mismos procedimientos básicos. Los dedos pulgar e índice de cada mano, se utilizan en varias combinaciones para guiar el hilo dental entre los dientes. Al insertar el hilo dental, es deslizado cuidadosamente entre los dientes, con un movimiento de vaivén, en el punto de contacto. Este movimiento aplana el hilo, haciendo posible que se deslice por el punto de contacto, previniendo que entre, de forma brusca para evitar el trauma del surco gingival. Una vez que el hilo dental pasa el punto de contacto, se le coloca sobre cada superficie interproximal para que tome una forma de C. en seguida, el hilo se lleva varias veces en dirección apical al interior del surco y de regreso a la parte de contacto o hasta que la superficie dental se limpie. El procedimiento se repite, en el diente adyacente, en la parte proximal, con

cuidado para evitar la lesión de la papila al tiempo que se le coloca. En cada parte proximal se utiliza una porción limpia y nueva de hilo”[84].

5.7.4. Pasta dental

“Es una mezcla utilizada sobre el diente junto con un cepillo dental. Los dentífricos se comercializan como polvos dentales, pastas dentales y geles. Todos se venden como productos cosméticos o terapéuticos. Si el propósito de un dentífrico es terapéutico, éste debe disminuir algún proceso patológico en la boca. Por lo general, el efecto terapéutico real o presunto consiste en la disminución de la incidencia de la caries, la gingivitis o la sensibilidad dental.

Los dentífricos tienen eficacia para retirar las manchas extrínsecas, estas manchas que en ocasiones constituyen los productos finales del metabolismo bacteriano tienen un color que varía de verde a amarillo o negro. Manchas que pueden ser resultado de los alimentos, el café, etc. No retiran manchas intrínsecas, las cuales resultan de modificaciones en la amelogénesis, como los cambios de color de blanco a oscuro, observados en la fluorosis o la apariencia gris azulada del esmalte subsiguiente a la administración de tetraciclina. La mayor parte de pastas dentales, contienen: abrasivos, agua, humectantes, espumante, fijadores, saborizante, edulcorantes, agentes terapéuticos, colorantes o conservadores”[85].

---

[84] HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005
[85] http://www.periodontitis.net/signos_per.htm. Actualizado mayo 2009

5.7.5. Enjuague Bucal

"El enjuague bucal o colutorio es una solución que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.

Existen enjuagues con funciones específicas; según su composición, se pueden encontrar enjuagues que se especializan en la prevención de halitosis, es decir, el mal aliento; otros con flúor que previenen la caries y optimizan la calcificación de los dientes. Asimismo, se están diseñando enjuagues bucales, con el objetivo de reducir o curar las neoplasias en la cavidad bucal. Es recomendable, evitar diluir los enjuagues debido a que puede disminuir su eficacia.

Los enjuagues bucales son habitualmente soluciones hidroalcohólicas, esto es, mezclas de alcohol y agua. La concentración de etanol utilizada oscila entre el 4 y el 17 por ciento. Estas soluciones suelen utilizarse como vehículo para otros ingredientes activos.

Uno de los principios activos más habitual es el flúor, una sustancia de probada eficacia anticaries. Además del flúor, los enjuagues bucales suelen incorporar otros ingredientes de efecto antiséptico, tales como: la clorhexidina, el cloruro de cetilpiridinio y la hexetidina"[86].

[86] HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005

6. METODOLOGÍA

La presente investigación realizada fue de tipo descriptivo-transversal y fue aplicada a las pacientes embarazadas, que acuden a la consulta prenatal del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja.

Universo

Constituido por 300 gestantes, que asistieron al control prenatal, del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja. El universo se obtuvo, de la información otorgada por la Supervisora de la institución, quien supo manifestar, que existe un promedio de 100 pacientes por mes que acuden al Control Prenatal.

Muestra

"Para obtener la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

De donde:

n es el tamaño de la muestra;
z es el nivel de confianza;
p es la variabilidad positiva;
q es la variabilidad negativa
N es el tamaño de la población;
E es la precisión o el error"[87].

[87] www.uaq.mx/matematicas/estadisticas/xu5.html

n= 168.79
Z= 1.96
p= 0.5
q= 0.5
N= 300
E= 0.05

Aplicando la fórmula la muestra fue de 170 pacientes.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión: Todas las pacientes que asistieron a control prenatal al Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja

Exclusión: Pacientes gestantes que no desearon participar en el estudio y pacientes subsecuentes a la encuesta y diagnóstico de la investigación.

Métodos e Instrumentos para la recolección de datos

1. Se solicitó la autorización al Director Ejecutivo del Centro Médico de APROFE, en la Ciudad de Guayaquil por medio de un documento legal (solicitud), dirigida al Dr. Paolo Marangone, y cuya autorización fue dada por la Lic. Mireya Calderón, Supervisora de la Ciudad de Loja.

2. Examen Clínico: que permitió realizar el diagnóstico de las patologías bucodentales registradas en la historia clínica validada, (adecuada para las necesidades de la investigación), la misma que consta de los datos de presentación, examen intraoral, odontograma, índice de control de placa de

Löe y Silness, e índice de sangrado gingival de Löe y Silness, para el diagnóstico periodontal.

Índice de control de placa

El índice de Löe y Silness requiere que las cuatro superficies de los dientes diseñados, sean examinadas de forma visual y llevar un registro de las puntuaciones, a saber: "el primer molar superior derecho, el incisivo lateral superior derecho y el primer premolar izquierdo; después en el maxilar inferior, el primer molar inferior izquierdo, el incisivo lateral izquierdo y el primer premolar derecho, un total de seis dientes. Para cada una de las superficies de estos dientes, se otorga una puntuación de 0 a 3, de acuerdo a la severidad"[88].

De esta manera, se determinó la cantidad promedio de placa para cada diente, dividiendo entre 4 los valores encontrados en cada superficie, y las puntuaciones de los seis dientes se dividieron entre 6 para obtener el promedio de la boca.

Pieza	V	L(P)	M	D	Total
1.6					
1.2					
2.4					
3.6					
3.2					
4.4					
				Promedio de boca	

0	No hay placa en áreas gingivales
1	Película o placa en el margen de encía libre
2	Acumulación moderada de placa,
3	Gran acumulación de materia blanda en el margen de encía de la superficie dental

[88] HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005

Índice de sangrado gingival

Se determinó la severidad y localización de la inflamación gingival mediante la evaluación de la fragilidad capilar. Se tomó en cuenta las mismas piezas que en el índice de placa bacteriana y se examinó 4 áreas:

Por bucal: distal, medio y mesial;

Por palatino o lingual: la porción media.

El procedimiento realizado fue el siguiente:

a. Se secó con un chorro de aire la encía marginal

b. Una vez realizado esto, se hizo el sondaje del surco gingival con la sonda periodontal, y

c. Se registraron los datos en la historia clínica. Según los siguientes criterios

Pieza	V	L(P)	M	D	Total
1.6					
1.2					
2.4					
3.6					
3.2					
4.4					
Promedio de boca					

0	Ausencia de inflamación
1	Inflamación leve, cambio de color.
2	Inflamación moderada, enrojecimiento e hipertrofia. Sangrado al sondaje
3	Inflamación severa. Marcado enrojecimiento e hipertrofia. Tiende al sangrado espontáneo

De esta manera, se determinó el índice de sangrado gingival, dividiendo entre 4 los valores encontrados en cada superficie, y las puntuaciones de los seis dientes se dividieron entre 6 para obtener el promedio de la boca

A más de dichos índices, se tomó en cuenta la presencia o no, de factores predisponentes a alteraciones bucodentales como: materia alba, placa bacteriana y cálculo, para realizar de manera adecuada el diagnóstico de las pacientes gestantes.

3. Además de la utilización de una encuesta preelaborada, la misma que permitió conocer los niveles de educación en salud bucal que tienen las pacientes gestantes.

4. Se impartió charlas de educación y/o prevención para reforzar los cuidados en cuanto a salud bucal en estas pacientes, y a la vez se les entregó un tríptico con información básica y adecuada para un correcto cuidado bucal.

5. Los formatos de la Historia clínica, como de la encuesta fueron validados por docentes de la Carrera de Odontología, para la obtención de los datos.

ÍNDICE DE CARIES CPOD.

Se examinó las piezas dentarias permanentes y se diagnóstico cuantas piezas presentan lesiones cariosas, los dientes que han sido extraídos. Finalmente cuántas piezas tienen restauraciones, se sumó los tres y se obtuvo el índice CPOD, se dividió para el número de pacientes examinadas; de esta manera se

pudo obtener el CPOD promedio (indicador de morbilidad utilizado para medir el nivel de lesión cariosa en las piezas dentales definitivas).

$$CPOD = \frac{N^{o}\ de\ .dientes\ \ .cariados\ \ ,\ perdidos\ \ .y.obturados}{N^{o}\ de\ .pacientes\ \ .examinadas}$$

“La cuantificación de la OMS para el índice CPOD es:

- De 0 a 1.1: Muy bajo
- 1.2 a 2.6: bajo
- 2.7 a 4.4: Moderado
- 4.5 a 6.5: Alto”[89].

Tabulación y análisis de datos

La tabulación se realizó mediante tablas elaboradas en Excel, con su respectivo análisis, para dar las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados obtenidos.

[89] http://www.odontochile.cl/esquemas/indicecopd/index.html. Normas y procedimientos de atención en módulos dentales JUNAEB

7. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Análisis e Interpretación de Diagnósticos

Cuadro Nro. 1

Pacientes en Estado de Gravidez por Trimestre de Gestación

	Total	%
1er. Trimestre	56	**32,94**
2do. Trimestre	58	**34,12**
3er. Trimestre	56	**32,94**
Total	170	100,00

Fuente: Historia Clínica Odontológica
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

Existe una gran afluencia de pacientes en estado de gravidez al Centro Médico APROFE-Loja.

La mayor cantidad de pacientes gestantes que acuden a este centro médico se encuentran en el 2do. trimestre de embarazo con un 34,12% equivalente a 58 pacientes, y el existe igual porcentaje de pacientes durante el 1er. y 3er. trimestre de embarazo con un 32,94%.

Cuadro Nro. 2

Factores predisponentes para la Enfermedad Periodontal

Evaluación Periodontal	Si	%	No	%
Materia alba	170	**100,00**	0	0,00
Placa bacteriana	151	**88,82**	19	11,18
Cálculo	64	**37,65**	106	62,35
Movilidad Dentaria	10	**5,88**	160	94,12

Fuente: Historia Clínica Odontológica
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

La presencia de materia alba, placa bacteriana y cálculo asociados a la falta de cepillado, la realización incorrecta del mismo y el desconocimiento de las pacientes, son factores predisponentes en la presencia de la enfermedad periodontal.

En las 170 pacientes diagnosticadas encontramos materia alba(100%), seguido por placa bacteriana, presente en 151 pacientes, correspondiente al 82,82%, también la presencia de cálculo en 64 pacientes(37,65%) y finalmente movilidad dentaria con un 5,88% de 10 pacientes en el caso de quienes presentan periodontitis.

Cuadro Nro.3

Características Clínicas de la encía

	Características	Si	%	No	%	Total
Color	Rojo Oscuro	34	5,47	136	14,98	170
	Rojo Brillante	123	**19,77**	47	5,176	170
	Rosa Pálido	13	2,09	157	17,29	170
Contorno	Regular	10	1,61	160	17,62	170
	Irregular	160	**25,72**	10	1,101	170
	Halitosis	51	**8,20**	119	13,11	170
	Sangrado al cepillado	156	25,08	14	1,542	170
	Sang. espontáneo	12	**1,93**	158	17,4	170
	Sangrado antes embarazo	63	**10,13**	107	11,78	170
	Total	622	100,00	908	100,00	1530,00

Fuente: Historia Clínica Odontológica
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

Las características clínicas que presente la encía permiten obtener información acerca de la presencia o no de patologías gingivales.

El 19,77% que corresponde a 123 pacientes presenta en la encía una coloración roja brillante; un 25,72%(160 pacientes) un contorno irregular de la misma; además el 8,20% que corresponde a 51 gestantes presenta halitosis. El 25,08% equivalente a 156 pacientes diagnosticadas presenta sangrado al cepillado.

En un 1,93%(12 pacientes) presentan sangrado espontáneo. Finalmente el 10,13% presentó sangrado al cepillado, antes del embarazo, lo que indica una alteración gingival pre-gestacional.

Cuadro Nro. 4

Patologías Bucodentales de Pacientes Gestantes

Alteraciones bucales	Total	%
Caries	160	**94,12**
Gingivitis gestacional	80	47,06
Gingivitis	67	39,41
Xerostomía	63	37,06
Periodontitis	11	6,47
Granuloma	3	**1,76**
Queilitis	3	**1,76**
Herpes	3	**1,76**
Aftas	0	0,00

Fuente: Historia Clínica Odontológica
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

El embarazo da cierta susceptibilidad para la presencia de alteraciones bucales, más, dichas alteraciones pueden evitarse, mediante un buen cepillado y alimentación.

Sin embargo, la patología más frecuente en mujeres gestantes, es la caries con un 94,12%, y en menor porcentaje el granuloma del embarazo, queilitis angular y herpes simple en un 1,76%, correspondiente a 3 pacientes respectivamente.

Cuadro Nro. 5

Índice CPOD de las Mujeres Gestantes que acuden al Centro Médico APROFE

	C	P	O	Total	Nro. Pac.	Índice
1er. Trimestre	**387**	**189**	**165**	741	56	**4,41**
2do. Trimestre	428	128	162	718	58	4,13
3er. Trimestre	365	185	155	705	56	4,20
Total	**1180**	**502**	**482**	2164	170	**4,24**

Fuente: Historia Clínica Odontológica
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

En las pacientes gestantes, se obtuvo que el índice CPOD más alto se encuentra en el primer trimestre de embarazo cuyo valor es 4,41, con 387 piezas cariadas, 189 perdidas y 165 obturadas, encontrándose en un riesgo moderado; sin embargo, en el 2do y 3er trimestre los valores se aproximan, tomándose en consideración que durante el transcurso del embarazo podría llegar a un riesgo alto.

El índice global de las pacientes diagnosticadas es de 4,27 que corresponde a un riesgo moderado. De 4261piezas dentarias permanentes examinadas, se diagnóstico 1180 piezas con lesiones cariosas, 502 piezas dentales perdidas, finalmente 482 piezas con restauraciones, se sumó los tres valores y se obtuvo el índice CPOD, dividiendo el valor total para el número de pacientes examinadas.

Conocimiento de las Pacientes Gestantes en Salud Oral

Cuadro Nro.6

Atención odontológica planificada antes del embarazo

	Total	%
Si	76	**44,71**
No	94	**55,29**
Total	170	100,00

Fuente: Encuesta realizada en el Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja
Autor: Gabriela Vivanco Silva.

Interpretación

Es necesario que toda mujer, acuda al odontólogo antes del embarazo, para asegurar su salud bucodental.

De las pacientes encuestadas, el 55,29% correspondiente a 94 mujeres gestantes no tuvieron atención odontológica planificada antes del embarazo, por diversas situaciones como: desconocimiento, poca importancia a la salud oral, mientras que el 44,71% de ellas equivalente a 76 encuestadas, si tuvieron dicha atención.

Cuadro Nro. 7

Razones de visita al odontólogo durante su embarazo

¿Por qué razón?	Total	%
Cuando tiene dolor	18	**40,91**
Para revisarse	11	25,00
Ortodoncia	6	13,64
Cuando ha estado embarazada	5	11,36
Calza rota	3	6,82
Extracción	1	**2,27**
Total	44	100,00

Fuente: Encuesta realizada en el Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

Entre las principales razones para que una mujer embarazada acuda el odontólogo durante el transcurso del mismo, tenemos que: el 40,91% equivalente a 18 pacientes, asistieron al odontólogo por dolor; mientras que el 2,27% acudió para la realización de una extracción, dicho porcentaje, corresponde a una paciente. Cabe recalcar, que solamente 44 pacientes de las 170 encuestadas, acudieron al odontólogo durante su embarazo.

Cuadro Nro. 8

Higiene Bucodental

Cepillado diario	Total	%
3 Veces	107	**62,94**
2 Veces	48	**28,24**
4 o más	12	**7,06**
1 Vez	3	**1,76**
Ninguna	0	0,00
Total	170	100,00

Fuente: Encuesta realizada en el Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja
Autor: Gabriela Vivanco Silva.

Interpretación

El cepillado diario es una parte importante en el cuidado de la salud bucodental y la prevención de patologías.

El 62,94% equivalente a 107 pacientes, realiza el cepillado 3 veces al día, seguido de 28,24%(48 pacientes) que lo realiza 2 veces al día; un 7,06% correspondiente a 12 encuestadas, realiza el cepillado 4 o más veces al día, y finalmente el 1,76%(3 pacientes) una vez al día.

Aunque el mayor porcentaje realiza la higiene bucal las veces recomendadas por el odontólogo, no lleva a cabo un cepillado correcto ni utiliza todos los implementos de aseo.

Cuadro Nro. 9

Alteraciones son frecuentes en el embarazo de acuerdo a las Pacientes Gestantes

	Total	%
Ninguna	106	**29,20**
Caries	96	**26,45**
Dolor de Dientes	48	13,22
Encía inflamada	39	10,74
Corrimientos	16	4,41
Sangrado de encía	14	3,86
Dolor de encía	13	3,58
No sabe	11	3,03
Dientes sensibles	8	2,20
Boca seca	8	2,20
Fuegos	3	0,83
Grano en boca	1	**0,28**
Total	363	100,00

Fuente: Encuesta realizada en el Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

Existen creencias y mitos a cerca de la aparición de enfermedades de la cavidad bucal relacionadas con el embarazo. Durante el embarazo, pueden presentarse un sinnúmero de alteraciones bucodentales, sin embargo, pueden ser prevenidas llevando una higiene adecuada y recibiendo la información oportuna por parte de los profesionales

Las pacientes gestantes, consideran que no hay alteraciones frecuentes durante el embarazo con un 29,20%, pero en la realización del diagnóstico se han encontrado gran número de alteraciones, que las pacientes pasan por

desapercibido; sin embargo, creen que la caries(26,45%) sí lo es y se debe a falta del calcio y/o a que el bebé lo absorbe. Científicamente esta no es la razón de la aparición de caries, si no la falta de higiene, cambios en la composición salival y factores dietéticos principalmente. El menor porcentaje considera que la alteración más frecuente es la aparición de granos en la boca(granuloma del embarazo), con un 0.28% que equivale a una paciente.

Cuadro Nro. 10

Conocimientos de Mujeres Gestantes sobre Salud Bucodental

	Total	%
Poca importancia a la higiene bucal	83	**40,49**
Bebé absorbe calcio	42	**20,49**
No sabe	32	15,61
Comer alimentos dulces frecuentes en el día	25	12,20
Porque es normal durante el periodo	14	6,83
Hormonas	3	1,46
Falta de información	2	0,98
Vómitos	1	0,49
No hacer caso al odontólogo	1	0,49
Dientes débiles	1	0,49
Saliva Espesa	1	**0,49**
No usar flúor	0	0,00
Total	205	100,00

Fuente: Encuesta realizada en el Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

La falta de conocimiento de las pacientes, da paso a suposiciones erróneas sobre la presencia de alteraciones bucales durante su embarazo.

En cuanto al conocimiento de las pacientes en salud bucal, se encontró que la mayoría ubica como principal razón para la aparición de caries durante el embarazo, a la poca importancia que se le da a la higiene bucal, con un 40,49% correspondiente a 83 encuestadas y el 20,49% equivalente a 42 pacientes indica que la presencia de alteraciones en la cavidad bucal, es debida a la pérdida de calcio o su absorción por parte del bebé. Otras razones en menor porcentaje para la presencia de molestias en su boca tenemos, la saliva espesa en un 0,49%, correspondiente a una paciente.

Cuadro Nro. 11

Cuidados de la Salud Bucodental durante el embarazo

¿Cómo cree que puede evitar la caries dental u otras alteraciones bucales en el embarazo?	Total	%
Cepillándose bien los dientes	88	37,29
Visitando regularmente odontólogo	59	25,00
Conociendo cómo cuidar sus dientes	30	12,71
Tomando vitaminas	19	8,05
No sabe	16	6,78
No comer dulces con frecuencia en el día	10	4,24
Alimentándose bien	8	3,39
Es inevitable en este periodo	3	1,27
Atención antes del embarazo	2	0,85
Tomando leche	1	0,42
Total	236	100,00

Fuente: Encuesta realizada en el Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja
Autor: Gabriela Vivanco Silva

Interpretación

A pesar de que, el mayor porcentaje de pacientes da una respuesta correcta, en cuanto a la prevención de caries y otras enfermedades bucodentales, estas actividades no son realizadas por ellas, ya que desconocen, sobre técnicas de cepillado y/o no siguen las normas brindadas por los profesionales.

El 37,29% equivalente a 88 respuestas indica que, la mejor manera de evitar las alteraciones durante el embarazo es, cepillándose bien los dientes. Un 25% indica que existe prevención al visitar regularmente al odontólogo y un 12,71% responde que conociendo cómo cuidar sus dientes, puede evitar cualquier alteración en la cavidad bucal durante la gestación. No dan importancia a la prevención y a una rehabilitación integral, previa al embarazo (0,85%) que corresponde a 2 pacientes.

8. DISCUSIÓN

Gran parte de las patologías que provocan alteraciones en la cavidad bucal, están relacionadas con el nivel de conocimientos de salud bucodental. La prevención de las patologías y promoción de hábitos saludables son actos indispensables que pueden contribuir a mejorar la calidad de la población.

En las gestantes encuestadas y diagnosticadas, el mayor porcentaje (40,49%), indica que la presencia de enfermedades bucodentales es debida a la poca importancia que se le da a la higiene bucodental; sin embargo, prevalece el hecho de que las pacientes tengan pocos conocimientos sobre el origen y posibles causas de dichas alteraciones, puesto que un 20,49% de las pacientes indica que el bebé produce la caries y otras enfermedades de la cavidad bucal.

En este estudio, encontramos que las pacientes no consideran que el embarazo produzca una alteración bucal frecuente (29,20%); más en el estudio realizado por "Misrachi y Saez, encontraron que las mujeres atribuyen al embarazo un efecto nocivo en la dentadura"[90].

El 55,79% de las investigadas, no recibió atención odontológica previa al embarazo, así también, el 74,12% no accedió al odontólogo durante el mismo; esto pone de manifiesto los altos porcentajes de alteraciones encontradas en esta investigación; siendo la caries dental en un 94,12% la principal alteración

[90] GARBERO, Irene, DELGADO, Ana María y BENITO DE CARDENAS, Ida Laura. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. *Acta odontol. venez*. [online]. mayo 2005, vol.43, no.2 [citado 29 Septiembre 2010], p.135-140. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-3652005000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0001-6365.

encontrada, dato que se asemeja al alto porcentaje obtenido por “Banoczy y colaboradores con un 98,38% de caries”[91].

El desconocimiento de las orientaciones del cuidado de la salud bucal y de la inocuidad de los procedimientos odontológicos por parte de las encuestadas, se ponen de manifiesto en el estudio, ya que un 78,24% mencionan no haber recibido indicaciones sobre el cuidado bucodental que deben llevar antes y durante el embarazo.

La presente investigación es un llamado a los profesionales odontólogos a un cambio de paradigma de profesión que involucre una comunicación fluida y directa con todos los profesionales de la salud, y un trabajo comunitario de promoción y educación para la misma.

[91] Ruíz, Gabriela, Gómez. Roberto, Rodríguez, Raymundo. Relación entre la prevalencia de caries dental y embarazo. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Enero-Febrero 2002., vol.59, Nro. 1.Disponible en la World Wide Web:<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=22058>

9. CONCLUSIONES.

a) Las pacientes investigadas en el Centro Médico APROFE, no tienen conocimiento claro del cuidado en su salud bucal durante el embarazo y creen que es el feto el que les absorbe el calcio y en consecuencia se producen alteraciones bucodentales como es, la caries dental.

b) Las patologías más frecuentes en mujeres gestantes fueron: la caries con un 94,12%, seguida por la gingivitis gestacional en un 47,06%, gingivitis pregestacional en 39,41%, xerostomía en un 37,06%, periodontitis con 6,47%, finalmente: granuloma del embarazo, queilitis angular y herpes simple en un 1,76%.

c) El 55,29% de mujeres embarazadas, no tuvieron atención odontológica planificada antes del embarazo, el 74,12% de pacientes, no asistieron al odontólogo durante el mismo.

d) El 62,94% de las mujeres embarazadas realiza el cepillado 3 veces al día, el 28,24% lo realiza 2 veces al día, en 7,06% realiza el cepillado 4 o más veces al día, mientras que el 1,76% una vez al día. Aunque el mayor porcentaje, realiza la higiene bucal, las veces recomendadas por el odontólogo, no se lleva a cabo un cepillado correcto, ni utiliza todos los implementos de aseo bucal.

e) Se realizó acciones de prevención, mediante charlas, entrega de trípticos y explicaciones, referentes al cuidado bucodental, antes, durante y después del embarazo.

f) Finalmente existe desconocimiento y falta de sensibilidad de la sociedad en general sobre la problemática del tema investigado, lo palpamos en los resultados de la investigación.

10. RECOMENDACIONES

a) Antes del embarazo, es aconsejable que se realice la atención odontológica preventiva y se lleve a cabo todo tratamiento que sea necesario, para evitar futuras complicaciones; además de educar y motivar de la mejor manera para que la paciente sienta confianza y acuda al odontólogo.

b) Es necesario que toda mujer se realice chequeos regulares con el odontólogo, para encontrarse en un buen estado de salud bucodental, y evitar la presencia de alteraciones en la cavidad bucal, sin temor a realizarse tratamientos dentales.

c) Además de brindar información adecuada a las pacientes que acuden a los centros de atención médico-odontológica para que ellas puedan realizar los cuidados necesarios y eduquen a sus hijos con conocimientos correctos

d) Se recomienda realizar el cepillado 3 veces al día, de una manera correcta y utilizando los implementos de higiene bucal, como: pasta, cepillo, hilo dental y enjuague bucal.

e) Impulsar programas educativos dirigidos a mujeres en edad fértil y embarazadas, para que den importancia a la salud de la cavidad bucal.

f) Todo el personal de salud, debe trabajar en equipo, para lograr una asistencia masiva a establecimientos públicos y privados, de este modo obtener un estado óptimo de salud integral de los pacientes.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. BARRANCOS, Mooney J. Operatoria Dental, Integración Clínica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 4ta. Edición. 2006
2. BARTOLUCCI, Enrico. Atlas de Periodoncia. Madrid-España. Ripano Editorial Médica. 2007
3. BEREK. Jonathan S. Ginecología de Novak. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. 13 Edición.
4. BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Bogotá-Colombia. 7ma. Edición. Quebecorworld. 2004
5. CECCOTTI, El diagnóstico en Clínica Estomatológica. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana. 2007
6. CIRCULO DE LECTORES. *Diccionario Enciclopédico Círculo.* Bogotá-Colombia. 2009
7. CUENCA, S. Emili. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y COMUNITARIA. PRINCIPIOS, MÉTODOS Y APLICACIÓN. Editorial MASSON. 3ra Edición. 2005
8. CUNNINGHAM, Gary y otros. Williams Obstetricia. Barcelona-España. 21va. Edición. Editorial médica Panamericana S. A. 2002.
9. ECHEVERRÍA, José. Manual de Odontología. España. 2da. Edición. Editorial MASSON. 2008
10. El Embarazo. Su relación en la salud bucal. Dra. Rodríguez Ch. y Dra. López S. 2006
11. GAY, Oscar y otros. XI. EMBARAZO EN ODONTOLOGÍA. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2005

12. HARRIS, Norman. Odontología Preventiva Primaria. México. 2da. Edición. Editorial El Manual Moderno.2005
13. HEIDEMANN, D. Valoración y Profilaxis. Barcelona-España. 4ta. Edición. Elsevier Masson. 2007
14. Henostroza G. et al. Diagnóstico de caries dental. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005
15. LASKARIS, George. Atlas de Enfermedades Orales. Editorial MASSON. 1ra. Edición. 2005
16. Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador. Ministerio de Salud Pública Consejo Nacional de Salud. Quito-Ecuador. Octubre 2002.
17. MUÑOZ, Washington. Obstetricia Fisiológica. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
18. SAPP, J. Philiph, y otros. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid-España. Editorial Elsevier España. S. A. 2005
19. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA Y OSTEOINTEGRACIÓN. Manual SEPA de Periodoncia y Terapéutica de implantes. Fundamentos y guía práctica. Madrid-España. Editorial médica panamericana. 2005
20. SUENG, Lola. Diagnóstico de la enfermedad periodontal y otras alteraciones del periodonto. Lima-Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007.
21. UNDP – UNICEF: Ecuador: Sostenibilidad Fiscal y Desarrollo Humano. 1970 – 2010. Génesis ediciones. Quito. 2003.

TESIS

1. MONTESDEOCA, Grace.Incidencia de Alteraciones de la Cavidad Bucal que se presentan con mayor frecuencia en pacientes embarazadas que acuden a consulta externa de gineco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja durante Febrero a Julio del 2005

2. MOSCOSO, Zully. Frecuencia del estado de las piezas dentales, en relación a las prácticas de salud oral de las mujeres embarazadas, que acuden por primera vez, en los meses de febrero-mayo/06 a consulta externa del centro de salud nro. 3 de la ciudad de Loja.

WEBGRAFÍA

1. Enfermedad periodontal aumenta riesgo de diabetes gestacional.
   Con información de: www.salut.org
   http://www.salud.com/secciones/salud_dental.asp?contenido=300630.
   Publicado: 03 Abril, 2009

2. Salud Oral. Reunión del comité ejecutivo OPS.
   http://www.paho.org/Spanish/gov/cd/doc259.pdf. Julio 1997

3. Manifestaciones bucales de la diabetes mellitus gestacional. Moret Yuli, Muller Andreína, Pernía Yuraima.

Odontólogo. Mgsc en Medicina Estomatológica. Profesor Agregado de la cátedra de Anatomía Patológica y Estudiantes de quinto año de Odontología. Pasantes del Seminario Rotatorio Hospitalario. http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/manifestaciones_bucales_diabetes_mellitus_gestacional.asp Recibido para arbitraje: 12/Dic./2002

4. Periodoncia. ClasDental. Clínicas asociadas de Quito-Cuenca-Ambato-Loja-Machala. http://www.clasdental.com/periodoncia.html

5. Ley de Maternidad Gratuita, publicada en Registro Oficial 381 de 10 de Agosto de 1998. http://www.conasa.gov.ec/codigo/base_legal/maternidad_gratuita.pdf

6. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001059.htm. Actualizado: 22/Feb./2010

7. http://www.periodontitis.net/signos_per.htm. Actualizado mayo 2009

8. http://www.odontochile.cl/esquemas/indicecopd/index.html. Normas y procedimientos de atención en módulos dentales JUNAEB.

9. GARBERO, Irene, DELGADO, Ana María y BENITO DE CARDENAS, Ida Laura. Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes. Acta odontol. venez. [online]. mayo 2005, vol.43, no.2 [citado 29 Septiembre 2010], p.135-140. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-3652005000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0001-6365.

10. http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf.

Recibido en agosto 31 de 2007, aceptado en septiembre 28 de 2007

12. ANEXOS

1. Autorización de Centro Médico APROFE-Loja. 127

2. Certificación de haber realizado trabajo de Investigación en la institución. 128

3. Certificación de traducción del resumen de la Investigación. 129

4. Encuesta..... 130

5. Historia Clínica Odontológica 133

6. Partes diarios..... 135

7. Evidencia Fotográfica 155

1. Autorización de Centro Médico APROFE-Loja.

Loja, 12 de Abril del 2010.

Señor Doctor.
Paolo Marangone
DIRECTOR EJECUTIVO DE APROFE
Guayaquil

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de mi persona como estudiante de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, a la vez le felicito por la labor que realiza en la Institución que tan acertadamente dirige, conocedora de su alto espíritu de colaboración, muy comedidamente me permito solicitarle lo siguiente:

Gabriela Viviana Vivanco Silva, estudiante del X Módulo de la Carrera de Odontología, estoy realizando mi proyecto de tesis previo a la obtención del título de Odontólogo, con el tema: "Diagnóstico y prevención de las patologías bucodentales más frecuentes que se presentan en pacientes en estado de gravidez que acuden a la consulta prenatal del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja, durante el período abril- septiembre/2010"; en caso de tener la aprobación correspondiente por las autoridades de la carrera, le solicitaría a usted me autorice realizar mi investigación en su prestigiosa Institución, brindándome las facilidades para culminar con éxito este proyecto, como, un consultorio y en caso de haber un sillón dental para recibir, revisar y diagnosticar a las pacientes. Para la obtención de los datos de dicha investigación, será necesario revisar a las madres embarazadas para dar un diagnóstico del estado de salud bucal en el que se encuentran, además de la realización de una encuesta para conocer el nivel de educación bucodental de las pacientes. Más detalles encontrará en la metodología del proyecto adjunto.

En lo referente a insumos odontológicos e instrumental correrían de mi cuenta.

Segura de contar con su colaboración desde ya le expreso mis agradecimientos.

Atentamente,

Gabriela Vivanco Silva

110421285-5

Autorizado.

RECIBIDO 13 ABR 2010

Lic. Mireya Calderon
SUPERVISORA DEL CENTRO MEDICO APROFE LOJA

2. Certificación de haber realizado trabajo de Investigación en la institución.

APROFE

ASOCIACIÓN PRO BIENESTAR
DE LA FAMILIA ECUATORIANA

Loja, 07 de Octubre del 2010

CERTIFICO:

Que la Srta. GABRIELA VIVIANA VIVANCO SILVA C.I. 1104212835, egresada de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Loja, realizo sus practicas profesionales desde 25 de Mayo de 2010 hasta 27 de Agosto de 2010 en nuestra institución, ubicada en la calles Quito 16-62 y Av. Universitaria.

Es todo lo que certifico en honor a la verdad , autorizando al peticionario hacer uso del mismo para los fines pertinentes.

APROFE
Quito 16-67 y Avenida Universitaria
LOJA

Lic. Mireya Calderón
SUPERVISORA APROFE LOJA

CENTROS MÉDICOS GUAYAQUIL > Noguchi: 2482984 ext. 4118 - 4218 • Rumichaca: 2400888 - 2400095 ext. 605 • Av. 25 de Julio : 2431689 – 2429293 2425641 • Sauces 8: 2642659 - 2642660 • Mapasingue: 2351652 - 2353772 • Portete : 2465634 – 2465529 •APROFE / Adolescente : 2400888 - 2400095 ext. 602 – 600 Línea Amiga 2410733 • Centro Comunal: 2840325 • DURAN > 5006056 - 5006057 QUITO > Bosmediano : 2440440 - 2452060 • La Magdalena: 2610047 - 2619955 CUENCA > 2803074 - 2807254 MACHALA> 2938595 BABAHOYO > 2731498 PORTOVIEJO > 2634040 LOJA > 2573312 -2562527 AMBATO > 2826714 - 2824298 MILAGRO > 2971369 MANTA > 2626249 - 2628164 LA LIBERTAD> 2786430 LA TRONCAL > 2420751 SANTA ROSA> 2944655

Papel reciclable • papel libre de cloro www.aprofe.org.ec

3. Certificación de traducción del resumen de la Investigación.

Loja, septiembre 20 del 2010

Gabriela Viviana Vivanco Silva,
EGRESADA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,

C E R T I F I C O :

Que al haber aprobado los cuatro niveles de peritaje en el idioma Inglés, durante los períodos: Febrero-Marzo del 2005, Marzo-Julio del 2005; Octubre 2005-Marzo 2006; Marzo 2006- Julio 2006; estoy en condiciones de realizar la traducción del resumen de mi investigación, titulada: **"Diagnóstico y prevención de las patologías bucodentales más frecuentes, que se presentan en pacientes en estado de gravidez, que acuden a la consulta prenatal, del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja, durante el período: abril- septiembre/2010"**, requisito para la presentación de dicho trabajo investigativo.

Particular que hago de conocimiento, a quien revise este documento, para los fines legales concernientes.

Atentamente,

Gabriela Viviana Vivanco Silva
110421285-5

Loja, septiembre 27 del 2010

Doctor
Luis Alberto Morocho Yaguana

C E R T I F I C O :

Haber revisado y corregido la traducción del resumen de la investigación titulada: **"Diagnóstico y prevención de las patologías bucodentales más frecuentes, que se presentan en pacientes en estado de gravidez, que acuden a la consulta prenatal, del Centro Médico APROFE de la Ciudad de Loja, durante el periodo: abril- septiembre/2010"**, realizada por la Srta. Gabriela Vivanco Silva, Egresada de la Carrera de Odontología, requisito que necesita adjuntar en su trabajo investigativo.

Particular que hago de conocimiento, a quien revise este documento, para los fines legales concernientes.

Atentamente,

Dr. Luis Alberto Morocho Yaguana

4. Encuesta

Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Odontología

Sra. Madre de familia, solicito a usted muy comedidamente se digne contestarme la siguiente encuesta

1. ¿Tuvo atención odontológica planificada antes del embarazo?

   Si_____ No_____

2. ¿Durante su embarazo a visitado al odontólogo?

   Sí _____ No ____

   Por qué razón: Cuando tiene dolor _____
   2 veces al año para revisarse _____
   1 vez al año _____
   Casi nunca _____
   Cuando ha estado embarazada _____

3. El acceso a la consulta odontológica ha sido:

   Fácil _____ Aceptable _____ Difícil _____

4. ¿Le han realizado limpieza dental y tratamiento?

   Sí _____ No _____
   En caso de contestar si, indique el tratamiento……

5. ¿Cuántas veces cepilla sus dientes al día?:

Ninguna _____ 1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____ 4 o más _____

6. ¿Qué utiliza para su higiene bucal?

   Pasta_____ Jabón_____ Agua_____ Bicarbonato_____
   Otros _____

7. ¿Sabe usted si las siguientes alteraciones son frecuentes en el embarazo?
   Caries_____Inflamación de las encías_____Úlceras_____
   Otras_____

8. ¿Qué tipo de molestias ha sentido usted en su boca?

_____

_____

9. ¿Ha recibido orientaciones sobre cómo evitar las enfermedades de la cavidad bucal?

Sí _____ No _____

10. ¿Por qué cree usted que una persona puede tener caries dental, encías inflamadas y otras alteraciones durante el embarazo?

- Poca importancia a la higiene bucal_____
- Cepillado incorrecto _____
- Comer alimentos dulces frecuentes en el día _____
- No usar flúor _____
- No existe revisión ni limpieza dental periódicas _____
- Porque es normal durante el periodo _____
- Alimentación poco adecuada_____

11. ¿Cómo cree que puede evitar la caries dental en el embarazo?

- Conociendo cómo cuidar sus dientes _____
- Cepillándose bien los dientes _____
- Usando hilo dental _____
- Usando pastas con flúor _____
- No comer dulces con frecuencia en el día _____
- Cepillándose después de cada comida _____
- Realizándose limpieza dental por el odontólogo _____
- Visitando regularmente odontólogo _____
- Es inevitable en este periodo _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

5. Historia Clínica Odontológica

6. Partes diarios

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
26-05-2010	Angulo Zumba Brillit Naybeth	Dx. Indice P.B., índice S. G.	8:00	10:00
26-05-2010	Calva Alvarez Tania Rebeca	Dx. Indice P.B., índice S. G.	8:00	10:00
26-05-2010	Calderón Yajaira	Dx. Indice P.B., índice S. G.	8:00	10:00
27-05-2010	Cabrera Adriana	Dx. Indice P.B., índice S. G.	15:00	17:00
27-05-2010	Ordoñez Macas Diana	Dx. Indice P.B., índice S. G.	15:00	17:00
28-05-2010	Masa Rivera Dolores Estefanía	Dx. Indice P.B., índice S. G.	15:00	17:00
01-06-2010	Castillo Guiselia Talitum	Dx. Indice P.B., índice S. G.	8:00	10:30
02-06-2010	Jumbo Sonia	Dx. Indice P.B., índice S. G.	8:00	10:00

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
26-05-2010	1	8:00	10:00
26-05-2010	1	8:00	10:00
26-05-2010	1	8:00	10:00
27-05-2010	1	15:00	17:00
27-05-2010	1	15:00	17:00
28-05-2010	1	15:00	17:00
01-06-2010	1	8:00	10:30
02-06-2010	1	8:00	10:00

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
05-06-2010	Adriana Rojas	Dx. Indice P.B., índice S. G.	8:30	8:49
05-06-2010	Dolores Cajamarca	Dx. Indice P.B., índice S. G.	8:55	9:13
05-06-2010	Gabriela Iñiguez	Dx. Indice P.B., índice S. G.	9:57	10:17
05-06-2010	Paola Vélez	Dx. Indice P.B., índice S. G.	10:40	10:57
07-06-2010	Tatiana Escaleras	Dx. Indice P.B., índice S. G.	8:38	8:52
07-06-2010	Doris Noemi Quevedo Rojas	Dx. Indice P.B., índice S. G.	10:55	11:10
07-06-2010	Noemi Ontaneda	Dx. Indice P.B., índice S. G.	12:08	12:28
07-06-2010	Betty Nivelo	Dx. Indice P.B., índice S. G.	16:03	16:18
07-06-2010	Flor del Cisne Armijos	Dx. Indice P.B., índice S. G.	16:19	16:35
08-06-2010	Ma. Fernanda Flores Flores	Dx. Indice P.B., índice S. G.	11:54	12:10

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
05-06-2010	1	8:30	8:49
05-06-2010	1	8:55	9:13
05-06-2010	1	9:57	10:17
05-06-2010	1	10:40	10:57
07-06-2010	1	8:38	8:52
07-06-2010	1	10:55	11:10
07-06-2010	1	12:08	12:28
07-06-2010	1	16:03	16:18
07-06-2010	1	16:19	16:35
08-06-2010	1	11:54	12:10

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
09-06-2010	Patricia Elizabeth Parra Lima	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:46	8:59
10-06-2010	Eugenia Magali Guartan	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:10	8:22
10-06-2010	Edith Cabrera	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:32	9:47
10-06-2010	Magali Yesenia Valle Aguilar	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:53	10:05
11-06-2010	Verónica Quizhpe	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:30	8:45
11-06-2010	Lolita Herrera	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:20	9:32
11-06-2010	Diana Jaramillo	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:40	9:56
11-06-2010	Yesenia Judith Conza Conza	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:20	11:33
11-06-2010	Paulina Elizabeth Robles Sanmartin	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:03	12:20
12-06-2010	Mery del Cisne Espinosa Pachar	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:54	9:10
14-06-2010	Mercy Jiménez	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:35	16:50
14-06-2010	Paola Morocho	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:01	17:15

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
09-06-2010	1	8:46	8:59
10-06-2010	1	8:10	8:22
10-06-2010	1	9:32	9:47
10-06-2010	1	9:53	10:05
11-06-2010	1	8:30	8:45
11-06-2010	1	9:20	9:32
11-06-2010	1	9:40	9:56
11-06-2010	1	11:20	11:33
11-06-2010	1	12:03	12:20
12-06-2010	1	8:54	9:10
14-06-2010	1	16:35	16:50
14-06-2010	1	17:01	17:15

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
16-06-2010	Elizabeth Quizphe Suquilanda	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:30	8:49
16-06-2010	Beatriz Sucunuta Romero	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:40	9:56
16-06-2010	Mónica Janeth Carpio Pinta	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:05	16:23
16-06-2010	Fresia Roa Pérez	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:01	17:18
17-06-2010	Verónica González Merino	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:15	8:32
17-06-2010	Rosa Francisca Pizarro Durán	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:19	9:35
17-06-2010	Ivonne Ordóñez Ochoa	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:40	9:58
18-06-2010	Nivia del Carmen Ordóñez Ordóñez	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:33	8:48
18-06-2010	Yolanda Mery Álvarez Gaona	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:03	9:20
18-06-2010	Yuli Jiménez Jiménez	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:36	9:52
18-06-2010	María Chamba Lalangui	Dx. Índice P.B., índice S. G.	15:37	15:50
19-06-2010	Enith Reinoso Mendoza	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:35	9:54
19-06-2010	Thalia Ramón Pinza	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:42	11:56
21-06-2010	Rosa María Cuenca Alvarado	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:45	9:03
21-06-2010	Guisela Jiménez	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:15	9:35
21-06-2010	Yuliana Cueva Narváez	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:42	10:01
21-06-2010	Paola Cabrera Patiño	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:45	11:04
21-06-2010	Yesenia Maribel Gutierrez Paladines	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:35	11:52
21-06-2010	Susana Gutierrez Paladines	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:56	12:13

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
16-06-2010	1	8:30	8:49
16-06-2010	1	9:40	9:56
16-06-2010	1	16:05	16:23
16-06-2010	1	17:01	17:18
17-06-2010	1	8:15	8:32
17-06-2010	1	9:19	9:35
17-06-2010	1	9:40	9:58
18-06-2010	1	8:33	8:48
18-06-2010	1	9:03	9:20
18-06-2010	1	9:36	9:52
18-06-2010	1	15:37	15:50
19-06-2010	1	9:35	9:54
19-06-2010	1	11:42	11:56
21-06-2010	1	8:45	9:03
21-06-2010	1	9:15	9:35
21-06-2010	1	9:42	10:01
21-06-2010	1	10:45	11:04
21-06-2010	1	11:35	11:52
21-06-2010	1	11:56	12:13

El día 15 de junio ingresaron 3 pacientes en la mañana, de ellas una ya fue diagnosticada, otra se negó a participar en el estudio y la tercera llegó con dolores de parto, razones por las cuales no se realizó diagnósticos ni encuestas.

El día 18 de junio en el horario de la mañana llegó paciente ya diagnosticada, y en la tarde una paciente que se negó y una ya diagnosticada.

El día 19 de junio llegaron 3 pacientes, una se negó y a las 2 se les realizó diagnóstico y encuesta.

El día 21 de junio ingresaron 10 pacientes 4 de ellas no pudieron ser atendidas debido a que en el horario de 10h00 a 10h30, no existe consultorio libre para la realización de las encuestas y diagnósticos, horario en el que se encontraban las pacientes.

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
22-06-2010	Fabiola Cumbicus Parra	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:20	16:41
22-06-2010	Ivonne Alvarez Erazo	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:55	17:11
23-06-2010	Maritza Quizhpe Quizhpe	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:23	8:37
23-06-2010	Silvia Patricia Pinzón Casado	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:24	9:40
23-06-2010	Gladys Huellas	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:15	11:32
23-06-2010	Mónica González Paladines	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:30	16:44
24-06-2010	Ximena Gordillo Iñiguez	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:15	9:33
24-06-2010	Luz del Carmen Merino Abad	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:43	9:57
24-06-2010	Mónica Villa Torres	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:45	10:58
25-06-2010	Paulina Elizabeth Uchuari Chuncho	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:40	9:56
25-06-2010	Valentina Elizabeth Sivisaca Pucha	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:00	10:13
25-06-2010	Nidya Cuasapud Guadir	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:42	11:56
26-06-2010	Johanna Sarmiento Yanza	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:42	11:56
28-06-2010	Nancy Cobos Macas	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:50	18:10

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
22-06-2010	1	16:20	16:41
22-06-2010	1	16:55	17:11
23-06-2010	1	8:23	8:37
23-06-2010	1	9:24	9:40
23-06-2010	1	11:15	11:32
23-06-2010	1	16:30	16:44
24-06-2010	1	9:15	9:33
24-06-2010	1	9:43	9:57
24-06-2010	1	10:45	10:58
25-06-2010	1	9:40	9:56
25-06-2010	1	10:00	10:13
25-06-2010	1	11:42	11:56
26-06-2010	1	11:42	11:56
28-06-2010	1	17:50	18:10

El día 22 de junio ingresaron 4 pacientes, dos se negaron a participar en el estudio.

El día 23 de junio, todas las pacientes que ingresaron fueron atendidas.

El día 24 de junio en el horario de la mañana llegó paciente ya diagnosticada,.

El día 25 de junio llegaron 4 pacientes, tres de ellas fueron atendidas y una fue remitida la hospital, por lo que no se le realizó diagnóstico y encuesta.

El día 26 de junio ingresó 1 paciente a quién se realizó encuesta y diagnóstico.

El día 28 de junio en el horario de la tarde ingresaron 3 pacientes, una de ellas fue subsecuente, otra se negó y la tercera se le realizó encuesta y diagnóstico.

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
29-06-2010	Armijos Montoya Vanessa	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:50	17:12
29-06-2010	Llanes Lima Catherine	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:55	18:17
30-06-2010	Salinas Caraguay María Angelita	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:15	17:30
30-06-2010	Arispe Román Fabiola Daniela	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:45	18:05
01-07-2010	Macas Ordoñez Amanda	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:43	9:56
01-07-2010	Rojas Ponce Karina	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:25	11:42
01-07-2010	Martínez Cecilia Magali	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:40	12:56
02-07-2010	Conde Neira Marcia	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:25	9:41
02-07-2010	Sempertegui Rodríguez Berenice	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:45	10:04
02-07-2010	Jaramillo Pacheco Mercy	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:17	11:34
02-07-2010	Guerrero Moreno Inés	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:36	17:52
03-07-2010	Ramón González Noemí	Dx. Índice P.B., índice S. G.	8:42	9:01
03-07-2010	Tene Piedra Susana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:25	10:42
05-07-2010	Guzmán Flor María	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:35	16:50
05-07-2010	Yanza Barrigas Silvana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:42	18:03

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
29-06-2010	1	16:50	17:12
29-06-2010	1	17:55	18:17
30-06-2010	1	17:15	17:30
30-06-2010	1	17:45	18:05
01-07-2010	1	9:43	9:56
01-07-2010	1	11:25	11:42
01-07-2010	1	12:40	12:56
02-07-2010	1	9:25	9:41
02-07-2010	1	9:45	10:04
02-07-2010	1	11:17	11:34
02-07-2010	1	17:36	17:52
03-07-2010	1	8:42	9:01
03-07-2010	1	10:25	10:42
05-07-2010	1	16:35	16:50
05-07-2010	1	17:42	18:03

El día 29 de junio ingresaron 3 pacientes, una de ellas fue paciente subsecuente.

El día 30 de junio, todas las pacientes que ingresaron fueron atendidas.

El día 01 de julio todas las pacientes que ingresaron fueron atendidas.

El día 02 de julio llegaron 6 pacientes, a dos de ellas que no se les realizó diagnóstico y encuesta por negarse a ello.

El día 03 de julio ingresaron 3 pacientes, a una de ellas no se realizó encuesta ni diagnóstico.

El día 05 de Julio, ingresaron 6 pacientes, 2 de ellas fueron atendidas, el resto 1 subsecuente y 3 no desearon colaborar en el estudio.

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
06-07-2010	Ruiz Guarnizo Cristina	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:50	18:20
07-07-2010	Lapo Moreno Gloria	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:45	10:05
07-07-2010	Moreno Moreno Diana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:56	11:17
07-07-2010	Rueda Sócola Tatiana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:42	12:05
08-07-2010	Macas Guillermina Angélica	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:49	11:10
10-07-2010	Armijos Ordóñez Ana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:30	9:49
12-07-2010	Soto Rengel Jackeline del Rocío	Dx. Índice P.B., índice S. G.	14:15	14:45
12-07-2010	Calderón Jaiba María Magdalena	Dx. Índice P.B., índice S. G.	15:30	15:50

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
06-07-2010	1	17:50	18:20
07-07-2010	1	9:45	10:05
07-07-2010	1	10:56	11:17
07-07-2010	1	11:42	12:05
08-07-2010	1	10:49	11:10
10-07-2010	1	9:30	9:49
12-07-2010	1	14:15	14:45
12-07-2010	1	15:30	15:50

El día 06 de julio ingresaron 2 pacientes, una de ellas no deseó colaborar.

El día 07 de junio, ingresaron 6 pacientes, 2 de ellas subsecuentes y 1 no colaboró.

El día 08 de julio 3 pacientes no desearon colaborar.

El día 09 de julio no atendí ninguna paciente.

El día 10 de julio se atendió una paciente a quien se realizó encuesta y diagnóstico.

El día 11 de julio se atendieron dos pacientes, además ingresó una paciente subsecuente, y otra que se negó a participar en la investigación.

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
13-07-2010	Contreras Silva Verónica	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:52	17:10
13-07-2010	Molina Gualán Krupskaya	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:15	17:35
16- 07-2010	Caraguay Chamba Diana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:30	10:47
17-07-2010	Padilla Guamán Ana Alexandra	Dx. Índice P.B., índice S. G.	15:35	15:42
17-07-2010	García María Augusta	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:50	17:12
19-07-2010	Quezada Cajilima Lilia	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:20	16:45

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
13-07-2010	1	16:52	17:10
13-07-2010	1	17:15	17:35
16- 07-2010	1	10:30	10:47
17-07-2010	1	15:35	15:42
17-07-2010	1	16:50	17:12
19-07-2010	1	16:20	16:45

El día 13 de julio ingresaron 2 pacientes, ambas se atendieron.

El día 15 de junio, ingresó 1 paciente subsecuente.

El día 16 de julio 3 pacientes ingresaron, 1 subsecuente, 1 no deseó colaborar y se diagnosticó a 1.

El día 17 de julio en la tarde ingresaron 2 pacientes, ambas se atendieron.

El día 18 de julio no atendí ninguna paciente.

El día 11 de julio se atendieron 1 paciente, además ingresó una paciente subsecuente.

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
27-07-10	Quinde González Carmen Maribel	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:26	10:40
27-07-10	Juela Cuji Nuvia Sofía	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:06	12:23
29-07-10	Carpio Machuca Mónica Lisbeth	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:45	10:05
29-07-10	Jiménez Teresa	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:15	17:10
30-07-10	Conde Gloria	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:20	10:42
30-07-10	Poma Jiménez Paola Ivanova	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:56	13:15
30-07-10	Delgado Silvia Verónica	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:23	17:40
31-07-10	Vera Armijos María Eugenia	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:24	11:46
02-08-10	Villada Cardona Carolina	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:10	9:30
02-08-10	Iglesias Jaramillo Araceli	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:48	12:03
02-08-10	Calderón Chamba María	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:36	17:52

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
27-07-10	1	10:26	10:40
27-07-10	1	12:06	12:23
29-07-10	1	9:45	10:05
29-07-10	1	16:15	17:10
30-07-10	1	10:20	10:42
30-07-10	1	12:56	13:15
30-07-10	1	17:23	17:40
31-07-10	1	11:24	11:46
02-08-10	1	9:10	9:30
02-08-10	1	11:48	12:03
02-08-10	1	17:36	17:52

El día 27 de julio ingresaron 2 pacientes, ambas se atendieron.

El día 28 de junio, no se realizó ninguna encuesta ni diagnóstico.

El día 29 de julio 2 pacientes ingresaron, ambos se diagnosticaron y encuestaron, además de la realización de una profilaxis.

El día 30 de julio en la ingresaron 3 pacientes, 1 en la mañana y 2 en la tarde, además de 2 pacientes subsecuentes.

El día 31 de julio se atendió una paciente.

El día 02 de agosto se atendieron 3 pacientes, ingresó además una paciente embarazada, pero a ecografía, 2 no colaboraron y una paciente subsecuente.

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
03-08-10	Tamayo Calva Patricia	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:45	10:05
03-08-10	Hidalgo Samaniego Ruth	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:56	13:13
03-08-10	Sinchire Chuncho Tania	Dx. Índice P.B., índice S. G. Profilaxis	16:15	17:18
03-08-10	Hidalgo Lojan Verónica	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:25	17:40
03-08-10	Loyola Loja Sabrina	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:45	18:03
04-08-10	Carrión Carrión Andrea	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:36	10:52
04-08-10	Pinta Anguisaca María Soledad	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:20	12:36
04-08-10	Jiménez Vicente Diana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	15:50	16:12
04-08-10	Carrión Zaruma Soraya	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:26	17:40
05-08-10	Delgado(Puglla) Celi María Fernanda	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:30	11:49
05-08-10	León Pérez Jackeline	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:35	16:50
05-08-10	Vega Jimbo Miriam	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:40	18:00
06-08-10	Paute Alexandra	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:50	10:12
06-08-10	Guapulema Ocampo Mariana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:50	18:05
07-08-10	León Pullaguari María Fernanda	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:52	11:15
09-08-10	Angamarca Abrigo Miriam	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:05	11:20
09-08-10	Quezada Rueda Denis Elizabeth	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:23	11:45
09-08-10	Aguila Arias Ximena	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:00	17:15
09-08-10	Achig Merino Katherine Estefanía	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:25	17:40
09-08-10	Chávez Yuly	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:45	18:02

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
03-08-10	1	9:45	10:05
03-08-10	1	12:56	13:13
03-08-10	1	16:15	17:18
03-08-10	1	17:25	17:40
03-08-10	1	17:45	18:03
04-08-10	1	10:36	10:52
04-08-10	1	12:20	12:36
04-08-10	1	15:50	16:12
04-08-10	1	17:26	17:40
05-08-10	1	11:30	11:49
05-08-10	1	16:35	16:50
05-08-10	1	17:40	18:00
06-08-10	1	9:50	10:12
06-08-10	1	17:50	18:05
07-08-10	1	10:52	11:15
09-08-10	1	11:05	11:20
09-08-10	1	11:23	11:45
09-08-10	1	17:00	17:15
09-08-10	1	17:25	17:40
09-08-10	1	17:45	18:02

El día 03 de agosto ingresaron 5 pacientes, todas se atendieron, y se realizó una profilaxis.

El día 04 de agosto, ingresaron 3 pacientes subsecuentes y 3 se atendieron.

El día 05 de agosto ingresó una paciente subsecuente, 1 no deseó colaborar y 1 ingresó a ecografía, y se diagnosticó dos pacientes.

El día 06 de agosto en la ingresaron 2 pacientes, ambas se diagnosticaron y encuestaron.

El día 07 de agosto se atendió una paciente.

El día 09 de agosto se atendieron 5 pacientes.

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
10-08-10	Jimenez Alicia	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:40	10:00
10-08-10	Rodriguez Delgado Denys	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:30	10:55
10-08-10	Cuenca Masa Doris	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:15	11:36
10-08-10	Rodriguez León Rita	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:35	12:50
10-08-10	Bonilla Morocho Diana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:45	18:05
11-08-10	Campos Paredes Elsa Guillermina	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:30	11:42
11-08-10	Masache González Lady	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:22	16:46
12-08-10	Labanda Cuenca Miriam	Dx. Índice P.B., índice S. G. Profilaxis	8:40	9:25
12-08-10	Mosquera Fernanda Katty	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:43	10.03
12-08-10	Arévalo León Nadia	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:50	12:15
12-08-10	Agreda Fernandez Soraya	Dx. Índice P.B., índice S. G.	15:20	15:42
12-08-10	Vasquez Fabiola	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:05	16:26
12-08-10	Tacuri Requelme Yadira	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:35	16:53
12-08-10	Gonzalez Morocho Narcisa	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:03	17:28
12-08-10	Galván Herrera María	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:49	18:10
16-08-10	Paladines Quizphe Mariana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:45	10:05
16-08-10	Coronel Armijos Cristina	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:20	12:42
16-08-10	Macas Ordóñez Maritza	Dx. Índice P.B., índice S. G. Profilaxis	16:00	16:20
16-08-10	Quille Chamba Ximena	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:15	17:36
16-08-10	Sarango Castillo Yomaira	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:45	18:03

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
10-08-10	1	9:40	10:00
10-08-10	1	10:30	10:55
10-08-10	1	11:15	11:36
10-08-10	1	12:35	12:50
10-08-10	1	17:45	18:05
11-08-10	1	11:30	11:42
11-08-10	1	16:22	16:46
12-08-10	1	8:40	9:25
12-08-10	1	9:43	10.03
12-08-10	1	11:50	12:15
12-08-10	1	15:20	15:42
12-08-10	1	16:05	16:26
12-08-10	1	16:35	16:53
12-08-10	1	17:03	17:28
12-08-10	1	17:49	18:10
16-08-10	1	9:45	10:05
16-08-10	1	12:20	12:42
16-08-10	1	16:00	16:20
16-08-10	1	17:15	17:36
16-08-10	1	17:45	18:03

El día 10 de agosto ingresaron 5 pacientes, todas se atendieron, además ingresaron dos pacientes subsecuentes y 1 a ecografía.

El día 11 de agosto, ingresaron 2 pacientes a ecografía y 1 no colaboró. Se atendieron 2 pacientes.

El día 12 de agosto ingresaron 8 pacientes a quienes se les realizó el diagnóstico y la encuesta; 2 pacientes a ecografía y 2 subsecuentes.

El día 13 de agosto(Viernes Santo) no se laboró en la institución.

El día 14 ingresaron 3 pacientes subsecuentes y 1 no colaboró. No se realizaron encuestas ni diagnósticos.

El día 16 de agosto se atendieron 5 pacientes y se presentaron 2 pacientes subsecuentes.

Parte diario Diagnósticos

Fecha	Nombre	Actividad	Hora entrada	Hora Salida
17-08-10	Cobos Ramón Silvana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:15	11:32
17-08-10	Gonzaga Angie	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:30	12:45
17-08-10	Guamán Sandra	Dx. Índice P.B., índice S. G.	13:02	13:17
17-08-10	Vivanco Mayra	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:20	16:40
17-08-10	Encalada Torres Diana	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:36	17:56
18-08-10	Mendieta Torres Andrea	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:35	10:50
18-08-10	Cevallos Alvarez Doris	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:20	12:42
18-08-10	Espinoza Rodríguez Cintia Terzi	Dx. Índice P.B., índice S. G.	15:23	15:40
18-08-10	Jiménez Ramirez Ruth	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:05	17:26
19-08-10	Ojeda Castillo Gisela	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:52	11:15
19-08-10	Morocho Cuenca Sandra	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:26	11:50
19-08-10	Guamo Capa Katty	Dx. Índice P.B., índice S. G.	15:43	16:02
20-08-10	Gonzalez Conde Claudia	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:35	11:59
23-08-10	Lozada Salinas Vanesa	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:15	17:10
23-08-10	Puchaicela Yesenia	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:20	10:42
23-08-10	Cueva Ninfa	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:56	13:15
23-08-10	Picoita Ana Gabriela	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:23	17:40
24-08-10	Sarango Rosa Beatriz	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:24	11:46
24-08-10	Gonzalez Pullaguari Martha	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:23	12:46
24-08-10	Valdivieso Blanca	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:23	17:40
25-08-10	Robles Jackeline	Dx. Índice P.B., índice S. G.	9:23	9:40
25-08-10	Masa Jessica	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:12	10:30
25-08-10	Tinitana Gloria	Dx. Índice P.B., índice S. G.	11:50	12:13

25-08-10	González Elsa	Dx. Índice P.B., índice S. G.	12:56	13:15
25-08-10	Lopez Loján Elizabeth	Dx. Índice P.B., índice S. G.	17:36	17:52
27-08-10	Reyes Girón Janet	Dx. Índice P.B., índice S. G.	10:56	11:15
27-08-10	Roa Salazar Rosa Jimena	Dx. Índice P.B., índice S. G.	16:20	16:42

Parte diario Encuestas

Fecha	Nro. Encuestas	Hora entrada	Hora Salida
17-08-10	1	11:15	11:32
17-08-10	1	12:30	12:45
17-08-10	1	13:02	13:17
17-08-10	1	16:20	16:40
17-08-10	1	17:36	17:56
18-08-10	1	10:35	10:50
18-08-10	1	12:20	12:42
18-08-10	1	15:23	15:40
18-08-10	1	17:05	17:26
19-08-10	1	10:52	11:15
19-08-10	1	11:26	11:50
19-08-10	1	15:43	16:02
20-08-10	1	11:35	11:59
23-08-10	1	16:15	17:10
23-08-10	1	10:20	10:42
23-08-10	1	12:56	13:15
23-08-10	1	17:23	17:40
24-08-10	1	11:24	11:46
24-08-10	1	12:23	12:46
24-08-10	1	17:23	17:40
25-08-10	1	9:23	9:40
25-08-10	1	10:12	10:30
25-08-10	1	11:50	12:13
25-08-10	1	12:56	13:15
25-08-10	1	17:36	17:52
27-08-10	1	10:56	11:15
27-08-10	1	16:20	16:42

El día 17 de agosto ingresaron 5 pacientes, todas se atendieron, además ingresaron dos pacientes subsecuentes.

El día 18 de agosto, ingresó 1 paciente a ecografía, 1 no colaboró y 3 pacientes subsecuentes. Se atendieron 4 pacientes.

El día 19 de agosto ingresaron 3 pacientes a quienes se les realizó el diagnóstico y la encuesta; 2 pacientes subsecuentes.

El día 20 de agosto se atendió a 1 paciente e ingresó 1 paciente subsecuente.

El día 21, dos pacientes no desearon colaborar e ingresó 1 a ecografía

El día 23 de agosto se atendieron4 pacientes y se presentaron 4 pacientes subsecuentes.

El día 24 de agosto se atendieron 3 pacientes y se presentaron 4 pacientes subsecuentes.

El día 25 de agosto se diagnosticó y encuestó a 5 pacientes. Se presentaron 3 pacientes subsecuentes.

El día 26 de agosto no ingresó ninguna paciente.

El día 27 de agosto ingresaron 2 pacientes a quienes se les realizó diagnóstico y encuesta.

7. Evidencia Fotográfica

FOTOGRAFÍAS DEL CENTRO MÉDICO APROFE-LOJA

PACIENTES ENCUESTADAS

PACIENTES DIAGNOSTICADAS

CHARLAS Y ENTREGA DE TRÍPTICOS

PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS EN PACIENTES GESTANTES

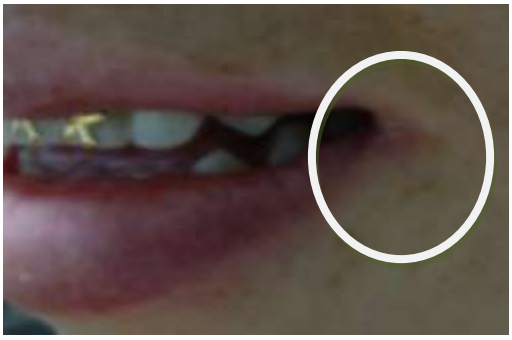
Gingivitis gestacional

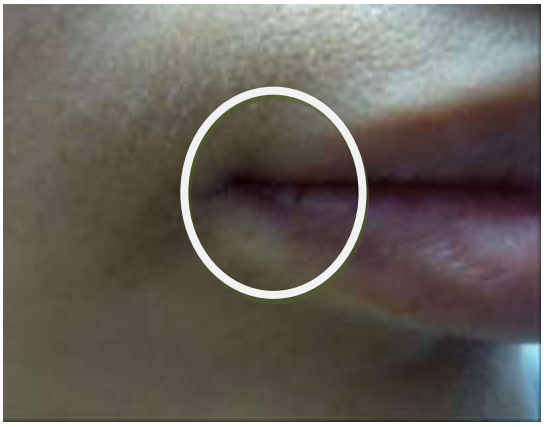
Gingivitis pre-gestacional

Periodontitis

Granuloma del Embarazo

Queilitis Angular





Herpes simple