UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

TITULO:

"PÉRDIDA DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE HIGIENE ORAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIO PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO- JULIO DE 2014"

Tesis previa a la obtención del título de Odontólogo

AUTOR:

Jorge Luis Ramos Vicente

DIRECTOR:

Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc.

Loja – Ecuador

WWW.ASTROREYPERU.COM

CERTIFICACIÓN

Dr. Mg.Sc.

Richard Jiménez.

Docente del Área de la Salud Humana

Certifico:

Que la presente tesis.titulada "PÉRDIDA DENTAL Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE HIGIENE ORAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIO PRESENCIAL PERTENECIENTE AL PERIODO MAYO- JULIO DEL 2014.elaborada por el Sr. Jorge Luis Ramos Vicente ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por lo tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, Octubre 2014

Atentamente:

.....

Dr. Richard Orlando Jiménez,Mg.Sc.

DIRECTOR DE TESIS.

AUTORÍA

Yo Jorge Luis Ramos Vicente declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles recamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-biblioteca Virtual

Autor: Jorge Luis Ramos Vicente

Firma:

Cedula: 1104381023

Fecha: Octubre 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO"PÉRDIDA DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE HIGIENE ORAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIO PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO- JULIO DIE 2014.como requisito para optar al grado de Odontólogo General; Autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que lo fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional .

Los Usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes sociales información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización la ciudad de Loja a los 29 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma autor.

Firma: .....

Autor: Jorge Luis Ramos Vicente

Cedula: 1104381023

Dirección: Miguel Riofrío Nicolás Gracia

Correo Electrónico: jorgekraken@yahoo.es

Teléfono: 2574681 Celular 0992804742

Datos complementarios

Director de Tesis: Dr Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc

Tribunal de Grado:

PRESIDENTE: Odt. Esp. Tannya Valarezo Bravo

PRIMER VOCAL: Dra. Deisy Saraguro Ortega

SEGUNDO VOCAL: Zulema Castillo Guarnizo

AGRADECIMIENTO.

Agradecemos a Dios por el don de la vida. A nuestros padres por creer y confiar en nosotras brindándonos su apoyo Incondicional.

A la Universidad Nacional de Loja a la Área de Salud Humana Carrera de Odontología.

A nuestros distinguidos docentes quienes compartieron sus sabias enseñanzas durante nuestra formación académica e hicieron posible la culminación de uno de nuestro anhelo.

A nuestro distinguido Director de Tesis Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc. por ser quien nos ha guiado en la elaboración de este presente trabajo investigativo brindándonos su confianza, tiempo y sobre todo su apoyo incondicional.

Jorge Luis Ramos Vicente.

DEDICATORIA.

El presente trabajo está dedicado a Dios, por permitirnos seguir adelante para alcanzar nuestras metas guiándonos y fortaleciéndonos cada día con sus bendiciones. A nuestros Padres que son el regalo más bello que nos ha dado la vida quienes con su amor, sacrificio y apoyo incondicional hicieron posible la culminación de nuestros estudios y la realización de un proyecto más en nuestras vidas.

A nuestros hermanos/as por brindarlos su apoyo incondicional durante nuestra carrera.

Jorge Luis Ramos Vicente.

1. TITULO

"PÉRDIDA DENTAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE HIGIENE ORAL EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIO PRESENCIAL EN EL PERIODO MAYO- JULIO DE 2014"

2. RESUMEN

El trabajo de investigación realizado fue acerca de la pérdida dental y su relación con la calidad de higiene oral en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad de estudio presencial perteneciente al periodo Mayo - Julio del 2014"

Los objetivos saber la frecuencia de pérdida dentaria, las piezas más afectadas, y la frecuencia de los métodos de higiene bucal de los estudiantes de la UNL.

En la Universidad Nacional de Loja los estudiantes presentaron una pérdida considerable de piezas dentales (1081), una frecuencia de estudiantes que no perdieron piezas dentales fue del (55%), mientras que el (45 %) presenta alguna pérdida dental, una calidad de higiene regular con (53%), una frecuencia de cepillado del (53.35%), la utilización de hilo dental en un (29%), el enjuague Bucal de (33%), y el (38.92%) visita dos veces al odontólogo.

La relación de la pérdida dental y la calidad de higiene oral se pudo constatar, del nivel Bueno del (IHO-S) hubo (352) personas que representan el (40%) de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de (105) dientes y su porcentaje es de (10%).En cambio los que tuvieron un nivel Regular de (IHO-S) fueron (477) personas que representan (53%) de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de (410) piezas que representa el (38%). los que tuvieron un nivel Malo de (IHO-S) tuvieron una frecuencia de 65 personas que representan el 7% de los cuales tuvieron una frecuencia de pérdida 566 piezas que representan el (52%).

Palabras Claves: Pérdida Dentaria, Calidad de higiene oral (IHOS), Métodos higiene Bucal

ABSTRACT

The research was performed on tooth loss and its relation to the quality of oral hygiene in the students of the National University of Loja in the form of classroom study belonging to the period May -July 2014”

The objectives namely the frequency of tooth loss, the parts most affected, and the frequency of oral hygiene methods student at UNL.

At the National University of Loja students presented a considerable loss of teeth (1081), a frequency of students who did not lose teeth was (55%), while (45%) has some tooth loss, quality Regular hygiene (53%), brushing frequency (53.35%), the use of dental floss in a (29%), mouthwash (33%) and (38.92%) visit the dentist twice .

The ratio of tooth loss and quality of oral hygiene was found, the level Well the (IHO-S) there was (352) individuals representing (40%) of which the frequency of tooth loss is (105) teeth and percentage (10%). in contrast those who had a regular level (OHI-S) were (477) persons representing (53%) of which the frequency of tooth loss is (410) pieces representing (38%). those who had a level bad (OHI-S) had a frequency of 65 individuals representing 7% of which had a frequency of loss representing 566 parts (52%).

Keywords: Tooth Loss, Quality of oral hygiene (OHI), Oral hygiene methods.

3. INTRODUCCIÓN

La salud según la OMS está definida como el equilibrio psicosocial del individuo, así se puede mencionar lo descrito en (Montenegro 2010) "estar saludable" resulta ser un estado muy importante para la planeación, construcción y desarrollo de un proyecto de vida, pues implica que la persona tenga bienestar físico, psicológico y social. (2010)

En este marco de la integralidad de la salud del individuo, se menciona la importancia de conocer las condiciones de salud bucodental de los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, realizando la construcción de una base de datos del estado de salud integral actual de los estudiantes de esta entidad educativa.

Si realizamos un recorrido por la problemática de salud bucodental de estudiantes universitarios, tenemos los siguientes datos: Un estudio realizado en la UNAM tenemos que la prevalencia de caries y pérdida dental fue de 48 y 34,2% respectivamente, con una cuantificación de CPOD de 5.

Las necesidades de tratamiento para caries y pérdida dental se obtuvieron en al menos un diente por estudiante.(Javier de Fuente Hernández, Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos, 2008).

Es así que la OMS, dentro de sus objetivos propuestos para el año 2000, establece para la población de 18 años la conservación de al menos (85%) de la totalidad de sus dientes, por lo que sugiere la utilización de instrumentos clinimétricos para la medición adecuada de la caries de los cuales el más aceptado y utilizado es el índice CPOD (diente cariado, perdido y obturado), cuyo propósito fundamental es obtener información global del estado de salud bucal de una población específica mediante la sumatoria de dientes cariados, perdidos y obturados.(Javier de Fuente Hernández, Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos, 2008).

De la misma manera la participación del odontólogo en la salud integral del paciente es primordial, en la actualidad se mejorarían las condiciones de salud del

paciente a lo largo del tiempo permitiendo vida saludable y una población en mejores condiciones si tomaríamos criterios de prevención de patologías e implementáramos estilos de vida saludables integrales. Limitar la atención "integral" en salud oral al sillón odontológico no permitirá generar salud. (Montenegro, 2011)

De ahí la importancia de que las ciencias médicas se integren ya que la cavidad bucodental no se encuentra aislada del resto del organismo, hay influencia directa con las condiciones de la boca y las patologías sistémicas que puedan presentarse en los pacientes, así como de signos y síntomas que se produzcan en la boca como resultado de estas dolencias.

Si tomamos como referente de esto, "La enfermedad periodontal es una enfermedad infecciosa que necesita de un huésped susceptible para su desarrollo, por lo tanto, los factores del huésped (la herencia, enfermedades sistémicas o factores ambientales) juegan un papel muy importante en la enfermedad".(Sánchez, Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la Provincia de Salamanca, 2008)

Conocemos que la pérdida de piezas dentarias está estrechamente asociada al incremento de la edad. Según la literatura el edentulismo parcial es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar y que la prevalencia de edentulismo es mayor en hombres que en mujeres. Estudios realizados demuestran que el primer molar mandibular es la pieza ausente más frecuente.

Los entornos social, económico y político son importantes como relación del estado actual de salud de las personas, su influencia es directa, así como el grado de discapacidad es una variable interesante para determinar la calidad de salud oral de los individuos.

Es muy importante señalar que las prácticas promovidas desde la infancia y desde el núcleo familiar son una variable importante para llevar a cabo acciones que favorezcan la salud, pues la adopción de comportamientos que promuevan la salud desde una edad temprana influyen de manera definitiva en la escogencia de

estilos de vida y que a largo plazo permiten mantener la salud. (Sánchez, Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la Provincia de Salamanca, 2008)

La investigación realizada fue de tipo, descriptiva, de corte transversal, en una muestra de 894 estudiantes de género femenino y masculino de la Universidad Nacional de Loja, de la modalidad de estudios presencial, Se utilizó la Historia clínica odontológica, como instrumento para la recopilación de datos informativos de diagnóstico odontológico, una vez obtenida diariamente esta información fue remitida a los digitadores que introdujeron los datos en el programa de EPIINFO, con una plantilla previamente diseñada. El objetivo del presente estudio fue determinar la relación de la pérdida dental con la calidad de higiene oral en los y las estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que de los (894) estudiantes, tuvieron una pérdida considerable de piezas dentales (1081), la frecuencia de estudiantes que no perdieron piezas dentales fue del (55%), mientras que el (45 %) presenta alguna pérdida dental. La Calidad de higiene es regular con (53%), una frecuencia de cepillado del (53.35%), la utilización de hilo dental en un (29%), el enjuague Bucal de (33%), y el (38.92%) visita dos veces al odontólogo.

La relación de la pérdida dental y la calidad de higiene oral se puedo constatar, del nivel Bueno del (IHO-S) hubo 352 personas que representan el (40%) de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de 105 dientes y su porcentaje es de (10%), En cambio los que tuvieron un nivel Regular de (IHO-S) fueron 477 personas que representan (53%) de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de 410 piezas que representa el (38%)los que tuvieron un nivel Malo de (IHO-S) tuvieron una frecuencia de 65 personas que representan el (7%) de los cuales tuvieron una frecuencia de pérdida 566 piezas que representan el (52%).Es por ello que se da por cumplido el presente trabajo académico “Pérdida dental y su relación con la calidad de higiene oral en los y las estudiantes de la universidad nacional de Loja de la modalidad de estudio presencial en el periodo mayo- julio de 2014.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1.- PÉRDIDA DENTARIA

1.1 Que es la Pérdida Dental

Fig1 Pérdida Dental

La pérdida es la ausencia de una o más piezas dentales por lo cual disminuye la eficacia masticatoria, causado trastornos funcionales y orgánicos. Muchas enfermedades digestivas requieren de una masticación correcta; por ello se aconseja reponer las piezas dentales, la perdida causa una desorganización de la forma de las arcadas, con distintas consecuencias posibles; Separación entre dientes, lo que implica mayor retención alimenticia, mas formación de placa y por lo tanto más posibilidad de caries y enfermedad periodontal, trastornos de la articulación tempero mandibular, debido a la aparición de un contacto prematuro entre dientes que antes no existía. (Robles, 2007)

1.2 Causa de la pérdida dental

La causa de pérdida dentales puede ocurrir por diversas razones: ausencia, congénita, traumatismos, enfermedad dental.

1.1.1 Ausencia congénita

Fig2Ausencia congénita

No es inusual que exista ausencia congénita de una o varias piezas dentales. Por lo general, el diente primario (de los bebés) está presente pero no existe el sucesor (diente permanente) para remplazarlo. Con frecuencia, esto será aparente cuando se cambia o se cae e diente primario), sin embargo a menudo el diente primario en su lugar fusionará hasta que falle debido a la falta de soporte por la raíz y otra enfermedad dental, en este momento será de extraerlo. (Osseointegration, 2013)

1.1.2 Traumatismo

El traumatismo dental se describe como aquellas lesiones violentas de los tejidos dentarios y peri dentales producidas por agentes externos, incluyendo de este concepto el desgaste por uso ya sea fisiológico o patológico. No obstante, es común que el traumatismo afecte a los dientes de maneras que no se manifiesten sino hasta meses o años más tarde. Las fracturas de la raíz pueden no ser evidentes hasta cierto tiempo después, cuando se desarrolla una infección. En ocasiones, luego del traumatismo, los dientes pueden tratarse y aparentar estar bien, hasta muchos años después, cuando la resorción de la raíz se vuelve evidente. Esto ocurre cuando el cuerpo reacciona contra sí mismo y causa que las células desgasten la superficie de la raíz, lo que a menudo permite que el hueso invada el defecto que se ha creado. (Osseointegration, 2013)

1.1.3 Enfermedades dentales

Fig3Enfermedades dentales

Las enfermedades periodontales son uno de los motivos de la perdida dental. En esencia, ésta es una infección localizada en las encías y las estructuras de soporte de los dientes que causa la pérdida ósea. Dicha infección puede avanzar hasta el grado que los dientes se caigan por sí solos, se considere que su reparación ya no es posible, o bien, que estén demasiado comprometidos para ser útiles y deban ser extraídos. (Osseointegration, 2013)

1.3 Mala Higiene Bucal

Fig4 Mala Higiene Bucal

Una mala higiene bucal se da por la falta de conocimiento, la acumulación de placa bacteriana a nivel cervical y por lo tanto la elevada concentración de ácidos que esta produce, acaba reblandeciendo y eliminado el cemento y la parte de la dentina, o que supone la apertura de los túbulos dentinaríos (Fernandez, 2009)

1.4 Placa Bacteriana

Fig5Placa Bacteriana

La placa bacteriana es una biopélicula bacteriana, una compleja asociación de numerosas especies bacterianas diferentes juntas en un único entorno. Esta disposición puede tener ventajas importantes para las bacterias y el huésped por ejemplo, las bacterias así dispuestas son más resistentes a cambios ambientales externos y tiene menos necesidades nutricionales. La comunidad establecida en la biopélicula bacteriana se forma inicialmente por la interacción bacteriana con el diente, y después por interacciones físicas y fisiológicas entre diferentes especies de masa microbiana, además las bacterias de la biopélicula también están incluidas por factores ambientales medidos por el huésped. En este sentido, la salud periodontal puede verse como un estado de equilibrio en el que la población bacteriana coexiste con el huésped y no se produce ningún daño irreparable a las bacterias o al huésped. Sin embargo, la ruptura de este equilibrio puede alterar tanto al huésped como a las bacterias de la biopélicula y producir finalmente la destrucción de los tejido periodontales. (MASON, 2010)

1.5 Cálculo dental

Fig6 Cálculo Dental

El cálculo se forma en los dientes, se asociado a la enfermedad periodontal. Junto con otras clasificaciones patológicas, el cálculo dental ya se describió en antiguos escritos médicos. Es una masa calcificada que se forma y adhiere a

la superficie e los dientes con otros objetos sólidos de la boca no expuestos a la filtración, el sarro es la placa calcificada, fases de su formación puede estudiarse mediante carillas de plástico adheridas a los dientes o prótesis dentales. El cálculo nunca se encuentra en los dientes temporales y no es frecuente en los dientes permanentes de los niños pequeños, sin embargo se encuentra la frecuencia hacia los 9 años de edad y prácticamente en todos los adultos, los depósitos se clasifican según la relación con el margen gingival, es decir, son supragingivales o subgingivales. (Diaz, 2011)

1.5.1 Cálculo Supragingival

El cálculo Supragingival se deposita primero en superficies dentales que se encuentran frente a la salida de los conductos salivales, en las superficies vestibulares de los molares superiores, pero puede depositarse en cualquier diente o prótesis dental que se haya limpiado bien. (MASON, 2010)

1.5.2 Cálculo Subgingival

Se adhiere la superficie radicular y su distribución no está relacionada con las glándulas salivales, si no con la presencia de inflación gingival y bolsas periodontales, con el hecho reflejado por su antiguo nombre, el color verde oscuro o negro, es mucho, más duro que el sarro supragingival y mucho más adherido a la superficie dental .en localizaciones profundas de superficies radiculares con bolsas periodontales profundas y en caso graves, hasta el ápice del diente puede ser difícil detectarlo en la exploración clínica, aceces su presencia se observa como un oscurecimiento de la capa fina supragingival de la encía y puede mostrarse directamente al separar la encía del diente mediante la aplicación suave del aire caliente. El sondaje cuidadoso a lo largo de la superficie radicular con una sonda fina mostrara los depósitos, si son bastantes gruesos se ven en las radiografías.(Diaz, 2011)

1.6 Alimentación Inadecuada

Salud oral está estrechamente relacionada con la nutrición y la dieta de las personas. La nutrición es un factor vital en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orales y en la conservación de tejidos orales. El deterioro de la función dental puede originar una nutrición deficiente, los adultos de edad avanzada con dientes perdidos o extraídos o dentaduras mal ajustadas a menudo disminuyen a ingestión de alimentos que requieren la masticación, con la disminución de la variedad de alimentos en la dieta se presenta un mayor riesgo de insuficiencia nutricional.(Lentini, 2009)

Su cuerpo es una compleja máquina. Los alimentos que elige y la frecuencia con la que come afectan a su estado general, y al de sus dientes y encías. Si consume demasiados refrescos azucarados, bebidas frutales endulzadas y aperitivos poco nutritivos, podría correr el riesgo de sufrir caries dental y por ende pérdida dental. Los alimentos que contienen azúcares de cualquier tipo pueden contribuir a causar caries dental. Para controlar la cantidad de azúcar que consume, lea las etiquetas de los productos alimenticios y elija alimentos y bebidas que sean bajos en azúcares añadidos, que se encuentran a menudo en las bebidas refrescantes, los caramelos y los dulces. (Dental, 2009)

1.7 Hábitos Incorrectos

Un hábito bucal se refiere a la repetición frecuente de un mismo acto, que en un inicio se realiza de forma de consciente y luego se torna de manera inconsciente.

1.7.1Succión digital

El hábito de succión digital suele terminar a los 3 o 4 años de edad, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retro incisiva superior mientras la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de este apoyo dependerán de la posición. (Medciclopedia, 2010)

1.7.2 Respiración bucal

Fig7Respiración bucal

La respiración está asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula. En la respiración bucal los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfo-funcional, que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar superior, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales. (Medina, 2010)

1.7.3 Deglución atípica

Fig8Deglución atípica

Se presenta debido a la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil, el individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo. Consecuencias de la deglución atípica: Mordida abierta en la región anterior y posterior Protrusión de incisivos superiores Presencia de diastema antero

superiores Labio superior hipotónico Incompetencia labial Híper tonicidad de la borda del mentón. (Blanco, 2013)

1.7.4 Interposición lingual

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fono articulación La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: Mordida abierta anterior Vestíbulo versión mordida cruzada posterior.

CAPITULO II

2 HIGIENE DENTAL

2.1 Concepto de salud Oral

Fig.9Concepto de salud Oral

La salud buco dental es el estado psicosocial y biológico de un individuo y su grupo que les permite lograr. Mayor permanencia posible de los dientes y su funcionamiento eficaz de la estructura de soporte y del tejido del mismo, funcionamiento eficaz de la cavidad bucal, de cara y cuello y la interacción de estos con el complejo orgánico individual, La calidad estética dental y bucal según las pautas culturales del grupo. Motivación y la capacidad para elegir el consumo de alimentos y la expresión oral con actividades básicas para la vida y la interacción social. (Higashida, 2009)

2.2 Índice de Higiene Oral

Este índice desarrollado por (Greene y Vermillion), recoge datos de carácter reversible y se utiliza para medir la situación de la higiene oral de los individuos. Los criterios de IHO-S se basan sobre dos componentes: la extensión coronaria de placa (índice de residuos IR) y la extensión coronaria de cálculo supragingival (índice de cálculo, IC). Para la obtención se mide la presencia de placa y cálculo en las superficies vestibulares del incisivo central superior derecho 11, incisivo central inferior izquierdo 31, de los primeros molares superiores 16, 26 y en la superficie lingual de los dos primeros molares inferiores 36 y 46. (MASSON, 2009)

2.2.1 Procedimiento.

$$\text{IHO-S} = \frac{\text{IR-S} + \text{IC-S}}{2}$$

a. Dientes a examinar. Se divide la boca en seis partes (sextante) y se revisan seis dientes específicos, uno por cada sextante. Para la revisión de los dientes se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de detrito o cálculo, en el caso contrario de que los dientes no estén completamente erupcionados, no se revisarán esos dientes. (Murrieta, 2009)

b. Número de las superficies. Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS.

Puntuación. El IHOS tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo.

2.2.2Parámetro: (IHOS)

CONDICIÓN	**PARÁMETROS**
BUENO	0.0 – 1.2
REGULAR	1.3 – 3.6
MALO	3.1 – 6.0

2.3 Hábitos de Higiene Bucal

Además de la exploración y el cuidado dental habitual del paciente, que incluye la frecuencia y la duración del cepillado dental diario, hay que evaluar el conocimiento sobre los elementos de limpieza interdental, sustancias químicas complementarias y uso sistémicos de fluoruros. (Lindhe, 2009)

2.4 Eficiencia del Cepillado Dental

Ha sido difícil sustanciar las ventajas clínicas de las diversas configuraciones de la cabeza del cepillo dental para retirar la placa y los dendritos (eficiencia en la limpieza). Esto atribuye a las amplias variaciones entre personas respectos de los tiempos de cepillado dental, los movimientos del cepillado, las presiones durante este, así como la forma y la cantidad de dientes presentes. Se han desarrollado varios dispositivos de cepillado dental, los cuales estandarizan de manera precisa todos los factores antes mencionados, además de la longitud y la cantidad de los golpes de cepillado sobre los dientes anteriores y posteriores simulados.

La vida útil del cepillo dental se determina más por el método de cepillado que por la duración de su uso. Su vida media es de aproximadamente tres meses; sin embargo, esta estimulación puede variar grandemente debido a las diferencia en los hábitos de cepillado. Los odontólogos deben familiarizarse con varios cepillos dentales, sobre todo a partir del uso y experiencias propias, y tener ejemplos de cepillos dentales para demostrar los diversos grados de expansión o doblado de las cerdas. Esto debe hacerse al comentar con el paciente los diversos métodos de prevención.(Lindhe, 2009)

2.5 Métodos de Cepillado Dental

Se han desarrollado varios métodos de cepillado dental, la mayor parte se identifica mediante un nombre individual como Bass, Stillman, Charters. Los objetivos del cepillado dental son: Retirar la placa e interrumpir la reformación de esta; Limpiar los dientes de alimentos, detritos y tinciones; estimular los tejidos gingivales; Aplicar el dentífrico. Los métodos del cepillado dental que más se enfatizan corresponden al restregado horizontal, de Fones, Leonard, de Stillman, de Charters, de Bass, golpe con vuelta (vueltas con presión) y de Smith-Bell. Todas estas técnicas se pueden aplicar para la limpieza de las superficies vestibular, lingual y oclusal; todos son relativamente ineficaces en la limpieza de

las partes interproximales y solo la técnica de Bass tiene eficiencia en la limpieza del surco gingival.(Díaz, 2009)

2.6 Métodos Naturales de Cepillado

Fig10Métodos Naturales de Cepillado

Los métodos de cepillado más naturales empleados por los pacientes sin educación en cuanto al cepillado, corresponde a una técnica de restregado horizontal reciprocante (Técnica de Fones), aún movimiento rotatorio o aun sencillo movimiento de arriba hacia abajo sobre los dientes maxilares y mandibulares (técnica de Leonard). Los pacientes que logran un cepillado dental eficaz con estos métodos sin producirse problemas o enfermedades traumáticas, no deben modificar sus métodos de cepillado solo por la moda del cambio. (Erazo, 2012)

2.6.1 Técnica Horizontal

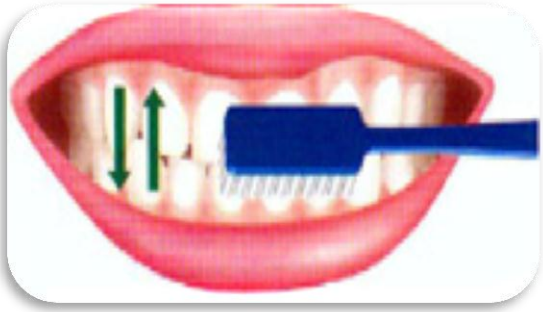


Fig11Técnica Horizontal

La técnica de destrejado horizontal es el método más utilizado. Las cerdas del cepillado dental se colocan en una posición perpendicular a la corona dental. El cepillado se mueve hacia atrás y hacia adelante en golpes horizontales cortos. La anatomía acampanada de los dientes

primarios de los niños se limpia mejor con la técnica del restregado, sin embargo a lo largo del tiempo, la presión excesiva y los dentífricos abrasivos pueden ocasionar retracción gingival y daño dental en la unión amelo cementaría. (Cobo, 2010)

2.6.2 Técnica Fones

Fig12Técnica Fones

La técnica de fones es similar a método de masaje horizontal, excepto que utilizan golpes con vueltas Fones recomienda tener cuidado respecto a la posibilidad de recesión gingival, pero también en cuanto la estimulación de la encía mediante golpes con vuelta. Además, fones propone un cepillado donde se incluye los dientes, encías y lengua.(Díaz, 2009)

2.6.3 Técnica Leonard

En el método de Leonard se utiliza un movimiento de arriba hacia abajo para el cepillado de las superficies dentales posteriores, con el fin de proporcionar limpieza dental y estimulación gingival.

Con frecuencia, la misma persona utiliza los tres movimientos naturales durante el cepillado y es imposible determinar un movimiento dominante en el retiro de los detritos y las manchas de superficies dentales lisas; todos estimulan y algunas veces lesionan la encía. (Loscos, 2010)

2.6.4 Técnica de Stillman

El método de Stillman fue desarrollado originalmente para proporcionar estimulación gingival. El cepillo dental se coloca en una posición inclinada de 45 grados respecto del vértice dental, colocando parte del cepillo sobre la encía y la parte sobre el diente. Se utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía. Esta técnica, las cerdas realizan sobre todo el movimiento de

impulsos. El cepillado se levanta y enseguida se coloca en misma parte y se repite el movimiento de impulsos.(Díaz, 2009)

2.6.5 Técnica Charters

Este autor propone una técnica vibratoria con presión para limpiar las partes interproximales. El intento original de Charters fue de disminuir la incidencia de las caries interproximal. El cepillado dental debe colocarse en una ángulo de 90 grados en dirección al eje largo de los dientes de manera que las cerdas se fuercen suavemente entre los dientes, pero no reposen sobre las encías, asimismo se realizan movimientos rotatorios pequeños, de tal modo que los lados de las cerdas entren en contacto con el borde gingival. El cepillo se retira después de 2 a 3 movimientos aprietan los lados de las cerdas en los espacios en forma de V entre los dientes proporcionando masajes a las encías. Este método tiene utilidad en la limpieza de las superficies empalmadas o de los puentes fijos, alrededor de los dispositivos ortodónticos, y el caso de pérdida de los tejidos interproximales. En presencia de una papila normal, otros métodos son más fáciles de usar e igualmente eficaces en la limpieza de las partes interproximales. (Erazo, 2012)

2.6.6 Técnica Bass

En la técnica de Bass el cepillado dental se coloca sobre el surco gingival a un Angulo de 45 grados respecto al vértice dental. Enseguida, las cerdas se presionan suavemente para que entren en el surco. Una acción vibratoria, descrita como un sacudido horizontal de atrás hacia adelante, produce un impulso de las cerdas para limpiar el surco .Se recomienda 10 movimientos de presión por cada área. Bass propone cualidades específicas para el cepilladlo dental utilizando en el cepillado surcular.(Díaz, 2009)

Requisitos esenciales de este tipo de cepillo son:

1. Un tamaño individualizado
2. De manipulación fácil y eficaz

3. De limpieza y secado fáciles
4. Impermeable a la humedad
5. Durable
6. Barato

2.7 Métodos de Cepillado Modificado

Las técnicas originales de Stillman, Charters y Bass se han modificado en el intento de mejorar el cepillado en la totalidad de las superficies vestibular y lingual de los dientes, y para incluir el método del golpe con vuelta. El método modificado de Stillman y Charters las cerdas del cepillado dental se colocan aproximadamente a la misma posición propuesta en el método original, y se inicia una acción pulsante. Enseguida el cepillo dental se mueve lentamente en sentido coronal para dar vuelta bajo presión. Durante este golpe con vuelta, se utiliza un movimiento vibratorio continuo

En la técnica modificada de Bass, el cepillado del surco se realiza antes o después de utilizar el método de vueltas o giros. El cepillado sulcular de Bass y el golpe con vuelta no deben combinarse en un movimiento de impulsos o una colocación incorrecta del cepillo en el surco y dar lugar a lesiones. Las superficies linguales se limpian de la misma manera mediante movimientos vibratorios pequeños y circulares

El método fisiológico de Smith-Bell se menciona por su interés histórico, las cerdas del cepillo dental se colocan en la superficie incisal u oclusal y se llevan con movimiento de cepillado, desde la parte oclusal hacia la encía.

La dirección del movimiento, desde la parte oclusal hacia la encía fue un intento de duplicar lo que se consideraba como el mecanismo natural de auto limpieza, en el cual la placa se retiraría mediante el flujo hacia abajo de los alimentos sobre las superficies lisas de las porciones bucal y lingual. (Sotomayor, 2009)

Al enseñar a los pacientes una técnica particular de cepillado dental tiene importancia las consideraciones siguientes

- El estado de salud oral del paciente en el cual se incluye la cantidad de dientes, alineamiento de estos, tamaño de la boca, presencia de prótesis removibles, aplicaciones ortodónticas bolsas periodontales y el estado de la encía.
- El estado de salud sistémico del paciente que incluye las enfermedades musculares y articulares, así como retardo mental
- Edad del paciente
- La motivación y el interés del paciente
- La destreza manual de la persona y la facilidad y efectividad con la cual el profesional pueda explicar y demostrar los procedimientos apropiados del cepillo dental.

2.8 Tiempo y frecuencia de cepillado dental

El cepillado completo y exhaustivo requiere una cantidad de tiempo diferente para cada persona, y depende de factores como la tendencia innata a la acumulación de placa y detritos; las habilidades psicomotrices; y la adecuación del retiro de alimentos, bacterianos y detritos a cargo de la saliva. La adecuación de la limpieza es un tiempo determinado puede establecerse solo después de que el paciente se cepilla los dientes en varias ocasiones, bajo la supervisión del odontólogo.

Con frecuencia se logra hacer un compromiso al sugerir de 5 a 10 movimientos en cada región o al recomendar la utilización de un cronometro. Una cantidad de tiempo, la cual puede ser adecuada para la persona promedio, puede no serlo para los pacientes que necesitan de programas de control máximo de la placa dental. Para asegurar el compromiso continuo a un programa personal de higiene oral, al paciente se le deben explicar y de mostrar adecuadamente los beneficios del cuidado oral apropiado. (Bucal, 2001)

2.9 Procedimiento de Cepillado Dental

Las superficies oclusales se pueden limpiar mediante movimientos vibratorios breves, al tiempo que se conserva la presión para lograr una penetración lo más profundo posible de la cavidades y fisuras o un movimiento vibratorio rápido de

arriba hacia abajo para forzar las cerdas dentro de las cavidades y fisuras y en seguida un movimiento de barrido para expeler los detritos ya desalojados. Están contraindicados los movimientos horizontales largos de cepillado, ya que las cerdas del cepillado dental alcanzan un contacto mínimo en las proporciones más profundas y más críticas de las fisuras. Los orificios de las cavidades y fisuras son demasiado estrechos para la penetración de las cerdas y quedan inaccesibles para una limpieza adecuada, cualquiera que sea la técnica. Esto ayuda a explicar que más del (66%) de las lesiones cariosas en la boca se localicen en la superficie oclusal, incluso a pesar de la mayoría de las personas intentan el cepillado de esta superficie. (Sotomayor, 2009)

2.10 Secuencia de cepillado

Con el objeto de evitar la exclusión de alguna porción, se establece un patrón rutinario de cepillado, un patrón sistemático consiste en enseñar a los niños y adultos a comenzar en las superficies oclusales, en un extremo molar de la arcada maxilar. Se dice a los pacientes que inciden con la superficie distal del diente más posterior y que continúe el cepillado de la superficie oclusal e incisal a lo largo de la arcada, hasta que llegue al último molar en el lado opuesto. En seguida se realiza de la misma manera, el cepillado de la arcada inferior. Los pacientes tienden a dedicar más tiempo y esfuerzo en las áreas faciales de los dientes anteriores, con frecuencia las personas diestras no cepillan el lado izquierdo de la arcada tan bien como el lado derecho; de igual manera, las personas zurdas descuidan el lado izquierdo respecto al derecho.(MALAGA, 2009).

2.11Hilo dental

El hilo dental de nylon puede estar o no encerado, y existen una gran variedad de sabores. Puesto que este tipo de hilo dental está compuesto por muchas hebras de nylon, a veces se desgarra o deshilacha, especialmente entre los dientes con puntos de contacto apretados. El uso correcto del hilo dental elimina la placa y las partículas de comida de lugares que el cepillo dental no puede alcanzar fácilmente: debajo de la encía y entre los dientes. Como la acumulación de placa

puede provocar caries y enfermedades de las encías, se recomienda el uso diario de hilo dental (Enríquez, 2011)

Existen dos tipos de hilo dental:

- Hilo dental de nylon (o multifilamento)
- Hilo dental PTFE (monofilamento)

2.11.1 Uso del hilo dental

1. Tomando unos 45 cm (18") de hilo dental, enrolle la mayor parte del mismo alrededor del dedo anular, dejando 3 o 5 cm de hilo para trabajar.
2. Coloque el hilo dental tirante entre los dedos pulgares e índices, y deslícelo suavemente hacia arriba y hacia abajo entre los dientes.
3. Curve el hilo dental suavemente alrededor de la base de cada diente, asegurándose que pase por debajo de la encía. Nunca golpee ni forcé el hilo, ya que puede cortar o lastimar el delicado tejido gingival.
4. Utilice secciones de hilo limpio a medida que avanza de diente en diente. Para extraer el hilo, utilice el mismo movimiento hacia atrás y hacia adelante, sacándolo hacia arriba y alejándolo de los dientes.

2.12 Enjuague bucal

Fig13Enjuague 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. Los enjuagues bucales ayudan a suprimir temporalmente el mal aliento, reduce las bacterias en la boca y refrescan, dejando en ella un sabor agradable. 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. (Enríquez, 2011)

2.12.1 Uso del enjuague bucal

1. El empleo implica la limpieza de la boca con aproximadamente 20 ml dos veces al día después del cepillado

2. Se lo mantiene 5 minutos en la boca haciéndolo pasa por toda la cavidad bucal

3. El enjuague ha de ser vigoroso incluyendo gárgaras durante un minuto. Se recomienda no enjuagar la boca con agua después de escupir el enjuague.

2.13 Visitas Dentales

Visitar al dentista dos veces al año limpiarte muy bien los dientes después de cada comida no consumir habitualmente dulces o bebidas azucaradas entre comidas y reducir su consumo durante las mismas masticar bien los alimentos para que no se depositen restos entre los dientes, consumir una dieta que sea rica en calcio y proteínas. Los problemas y enfermedades odonto-estomatológicas más frecuentes debido a una incorrecta o insuficiente higiene bucodental son: problemas y enfermedades dentales, desarrollo excesivo de placa bacteriana y formación de sarro. Halitosis. Caries. Problemas y enfermedades periodontales gingivitis ,periodontitis. Una buena higiene bucodental debería establecerse mediante la adopción de cuatro hábitos:(Lentini, 2009)

- el cepillado
- la limpieza con hilo dental
- el enjuague
- visita periódica al dentista

2.14 Flúor

El flúor es un elemento presente en la naturaleza que también se encuentra en nuestro organismo cumpliendo funciones tan importantes como el fortalecimiento de los dientes. Desde hace unos 50 años se demostró que la caries podría controlarse con uso de flúor. El flúor tiene tres efectos fundamentales sobre los dientes, Aumentó de la resistencia a esmalte; si se aplica sobre los dientes este reacciona con el calcio de los mismo, formando fluoruro de calcio. En esta forma el flúor reacciona con los cristales de esmalte dentario resultado un compuesto que aumenta la resistencia del esmalte. Favorece a la re mineralización. A favorecer a entrada en su estructura de iones de calcio y fosfato. Esto sucede porque el flúor tiene carga negativa y atrae al calcio y fosfato cuya carga es positiva. Tiene acción Antibacteriana; atacando a las bacterias que colonizan la superficie de los dientes. (RUIZ, 2011)

2.14.1 Formas de aplicación del Flúor

- Fluoruro sódico al 02% con el que se realiza enjugues semanales. Esta forma que se usa sobre todo en programas de salud dental en colegios etc.

Fluoruro sódico al 05% con el que se realizara enjuagues diarios después del cepillado antes de dormir. (RUIZ, 2011)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo descriptivo ya que determinó la situación de las variables que se estudiaron, por su alcance temporal es transversal puesto que la recolección de los datos se la realizó durante una cantidad de tiempo limitada, tiempo comprendido entre los meses de mayo - julio del año 2014.

El área de estudio en la que se realizó la investigación fue la Universidad Nacional de Loja, el universo corresponde a 8228 estudiantes de la modalidad de estudios presencial; de forma aleatoria se tomó una muestra correspondiente a 894 estudiantes, siendo 442 de sexo masculino y 452 de sexo femenino.

Los criterios de inclusión lo conformaron: estudiantes 18 a 30 años de la Universidad Nacional de Loja, consentimiento por escrito, y estudiantes que presente perdida dental Mientras que los criterios de exclusión lo conformaron; estudiantes que no se encuentren legalmente matriculados, estudiantes menores de 18 años y mayores de 35 años, cumplidos al 1 de Mayo de 2014. Estudiantes que habiendo sido seleccionados aleatoriamente no deseen o puedan participar en la investigación, estudiantes que están incapacitados de realizarse el examen odontológico. Las técnicas utilizadas fueron la observación clínica, de patologías propias de la cavidad oral y características extraorales de cada estudiante, la aplicación de la Historia Clínica odontológica para la recopilación de datos generales de los estudiantes que intervinieron en el estudio y el respectivo diagnóstico clínico estomatognático. Como constancia de la atención integral al estudiante se le hizo la entrega de un carnet. El instrumento utilizado para la recolección de la información fue, la Historia Clínica Odontológica, misma que constituye un documento médico legal, para recopilación de datos informativos de diagnóstico odontológico. Para poder conocer la perdida dental y la Calidad de higiene oral en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, se tomó en consideración el criterio de los autores, (José Javier Echeverría García, El Manual de odontología 2007),(Índice Epidemiológicos de Salud Bucal 2009),Robles, Juan Salud del Hospital Clínica Odontológico 2007).

VARIABLE	CONCEPTO	CLINICAMENTE
PÉRDIDA DENTAL	La pérdida es la ausencia de una o má piezas dentales por lo cual disminuye l eficacia masticatoria, causad trastornos funcionales y orgánicos	Se puede detectar la perdida mediante la realización diagnóstico dental.(Odontógrama) **Examen intraoral** Durante la exploración clínica se puede observar la presencia de piezas dentales ausentes, (Robles, Juan2007)
INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO	Recoge datos de carácter reversible y se utiliza para medir la situación de la higiene oral de los individuos.	Este procedimiento se lo realizó durante el diagnóstico correspondiente que se les aplico a los estudiantes de la UNL. Los criterios de IHO-S se basan sobre dos componentes: la extensión coronaria de placa (índice de residuos IR) y la extensión coronaria de cálculo supragingival (índice de cálculo, IC). Aplicando la formula correspondiente. $$\text{IHO-S} = \frac{\text{IR-S} + \text{IC-S}}{2}$$ Una vez que se aplicó la formula se tomó los parámetro correspondientes de acuerdo a varios autores. El Manual de odontología 2007, Índice Epidemiológicos de Salud Bucal 2009, y se pudo clasificar a los estudiantes de acuerdo a estos parámetros.

Bueno 0.0 – 1.2 Regular 1.3 – 3.6

Malo 3.1 – 6.0

Con la utilización de la estadística descriptiva, se procedió a organizar, graficar e interpretar los resultados, pudiendo determinar porcentualmente la frecuencia de pérdida dental y la Calidad de higiene bucal en los estudiantes UNL.

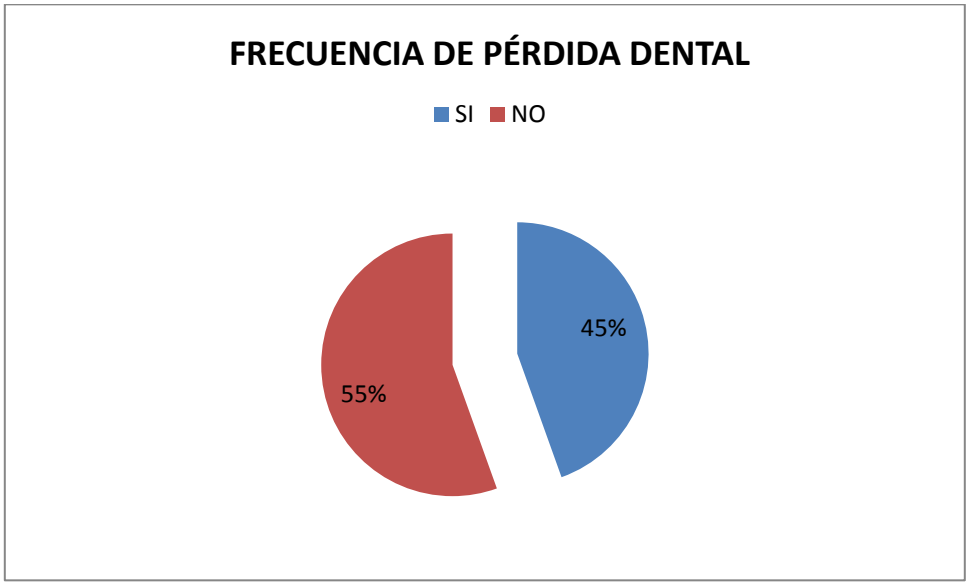
Con ello los resultados obtenidos se presentaron en frecuencias y porcentajes, utilizando el programa Microsoft Excel y Microsoft PowerPoint para realizar la socialización del trabajo investigativo.

El macro proyectó fue financiado por los estudiantes de decimo módulo de la carrera de Odontología del periodo lectivo 2013-2014 y el financiamiento de este proyecto estuvo a cargo del autor.

6. RESULTADOS

GRAFICA N: 1. FRECUENCIA DE PÉRDIDA DENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FRECUENCIA DE PÉRDIDA DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	398	45%
NO	496	55%
TOTAL	894	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

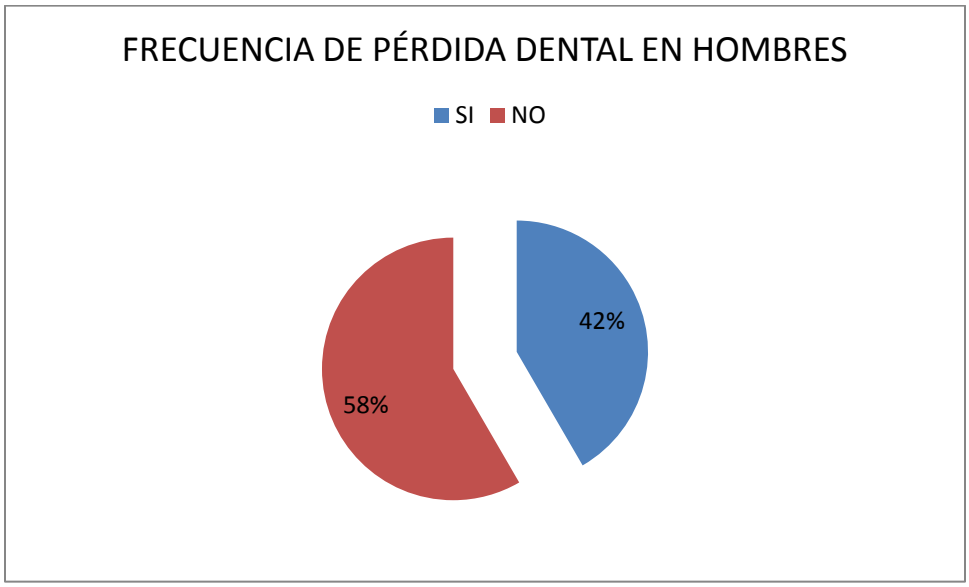
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La grafica nos da conocer que el 55% de los estudiantes evaluados no presenta una perdida dental, mientras que el 45 % presenta alguna pérdida dental.

GRAFICA N: 2. FRECUENCIA DE PÉRDIDA DENTAL EN HOMBRES

FRECUENCIA DE PÉRDIDA DENTAL EN HOMBRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	184	42%
NO	258	58%
TOTAL	442	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

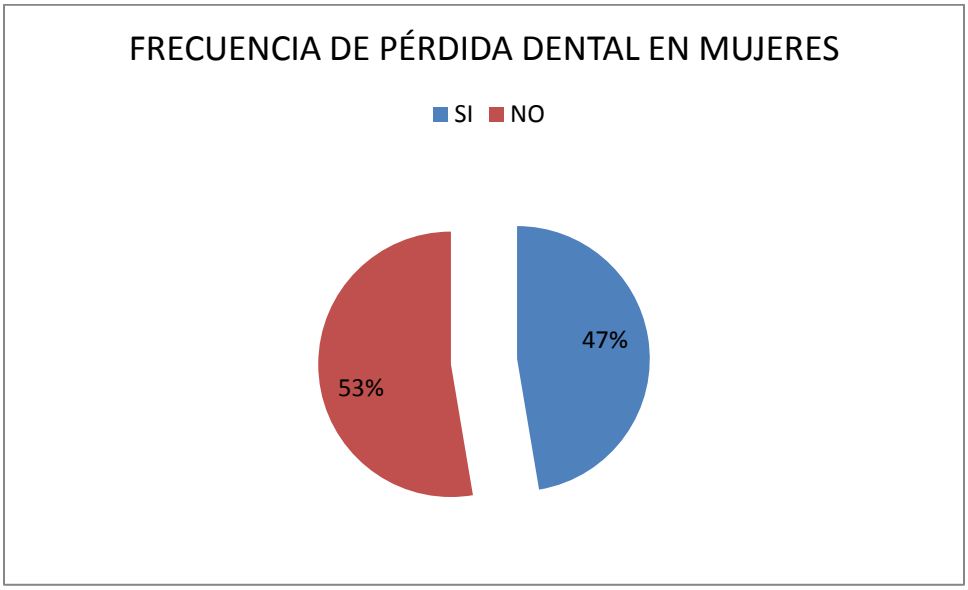
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La grafica podemos conocer que el 58% de los estudiantes hombres no presenta pérdida dental mientras un 42% de los alumnos evaluados presenta alguna pérdida dental.

GRAFICA N: 3. FRECUENCIA DE PÉRDIDA DENTAL EN MUJERES

FRECUENCIA DE PÉRDIDA DENTAL MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	214	47%
NO	238	53%
TOTAL	452	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

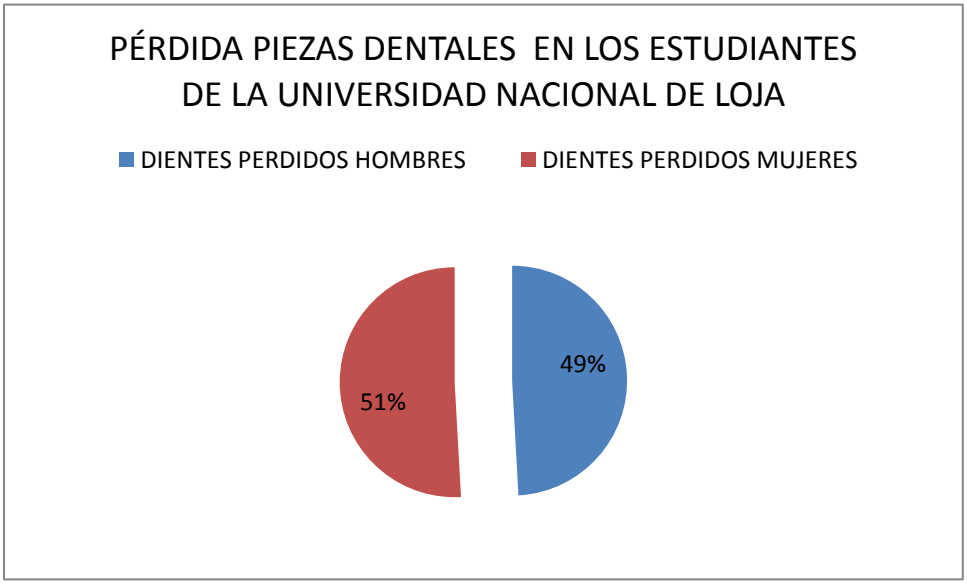
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

En esta gráfica podemos conocer que el 53% de las mujeres evaluadas no presenta pérdida dental mientras que el 47 % de las alumnas evaluadas presenta alguna perdida dental.

GRÁFICA N: 4. PÉRDIDA PIEZAS DENTALES EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

PÉRDIDA DENTAL	FRECUENACIA	PORCENTAJE
DIENTES PERDIDOS HOMBRES	531	49%
DIENTES PERDIDOS MUJERES	550	51%
TOTAL	1081	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

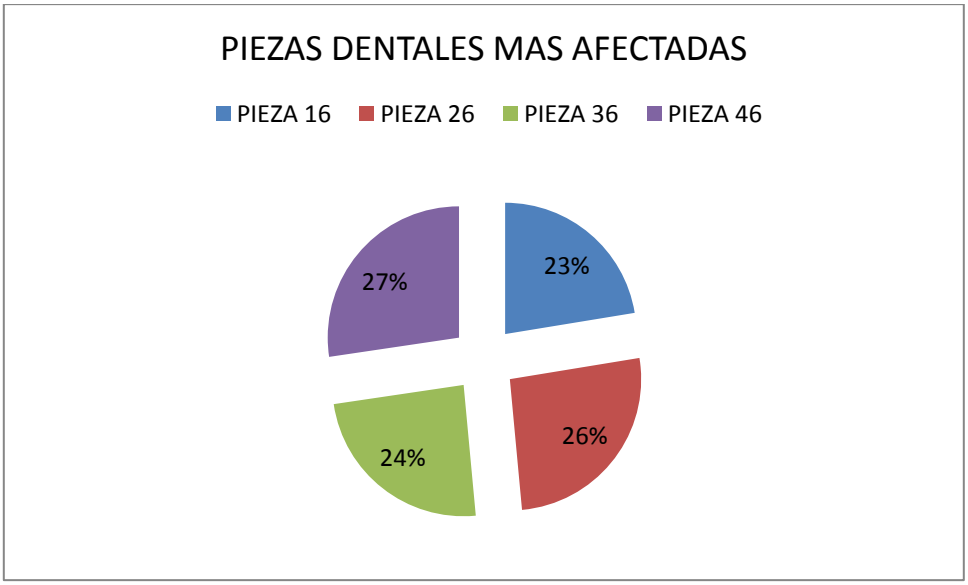
Autoría Jorge Luis Ramos

INTERPRETACIÓN:

En la presente gráfica indica que la pérdida dental de los estudiantes es de 1081 piezas perdidas, por lo cual el 51% presenta una pérdida dental de mujeres, mientras que el 49% representa la perdida dental en hombres.

GRÁFICA N: 5. PIEZA MÁS AFECTADA EN LA PÉRDIDA DENTAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

PIEZA DENTAL MAS AFECTADAS	HOMBRES	MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PIEZA 16	45	46	91	23%
PIEZA 26	52	54	106	26%
PIEZA 36	43	55	98	24%
PIEZA 46	52	59	111	27%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

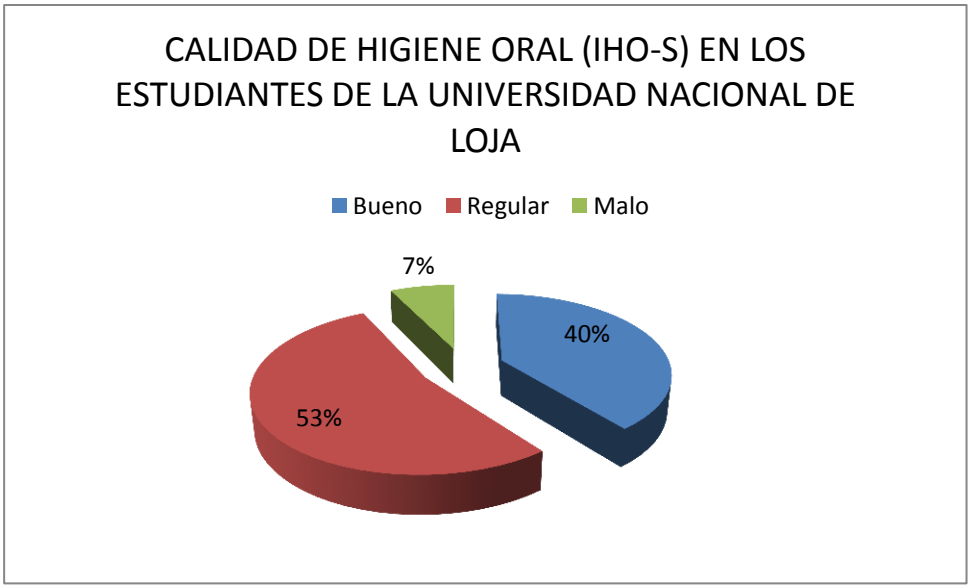
Autoría Jorge Luis Ramos

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que las piezas dentales más afectadas son con un 27% el primer Molar inferior derecho, seguido con un 26% el primer Molar superior Izquierdo, con un 24% el primer Molar Inferior Izquierdo y con un 23% el primer molar superior derecho.

GRÁFICO Nº 6. CALIDAD DE HIGIENE ORAL (IHOS) EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

IHOS		Frecuencia	Porcentaje
Bueno	**(0.0-1.2)**	352	40%
Regular	**(1.3-3.0)**	477	53%
Malo	**(3.1-6.0)**	65	7%
Total		**894**	**100%**



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

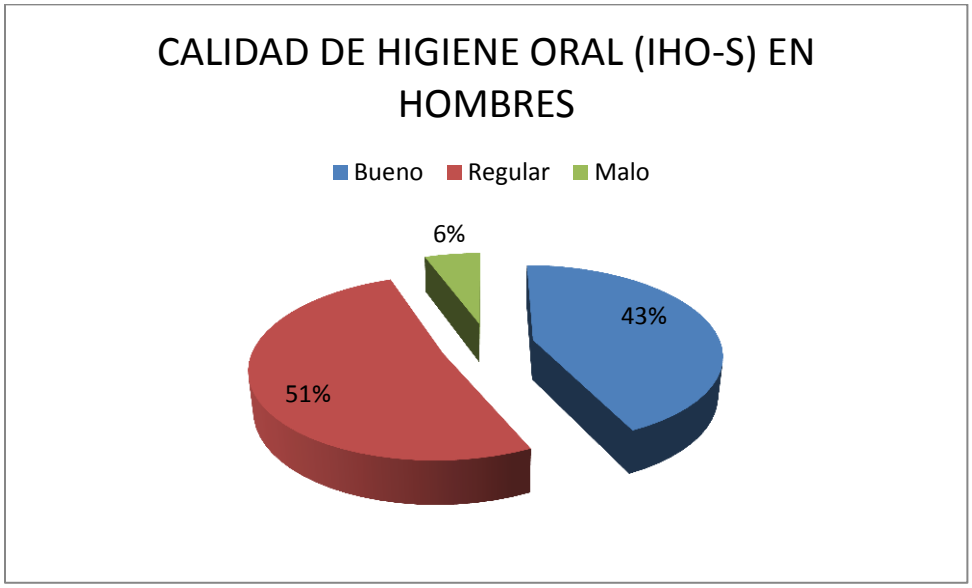
Autoría Jorge Luis Ramos

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla el índice de higiene oral en los alumnos de la Universidad Nacional se presenta Regular en un 53%, el 40% presenta una higiene buena, mientras que el 7% una mala higiene.

GRÁFICO Nº 7. CALIDAD DE HIGIENE ORAL (IHO-S) EN HOMBRES

IHOS		Frecuencia	Porcentaje
Bueno	**(0.0-1.2)**	190	43%
Regular	**(1.3-3.0)**	227	51%
Malo	**(3.1-6.0)**	25	6%
Total		**442**	**100%**



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

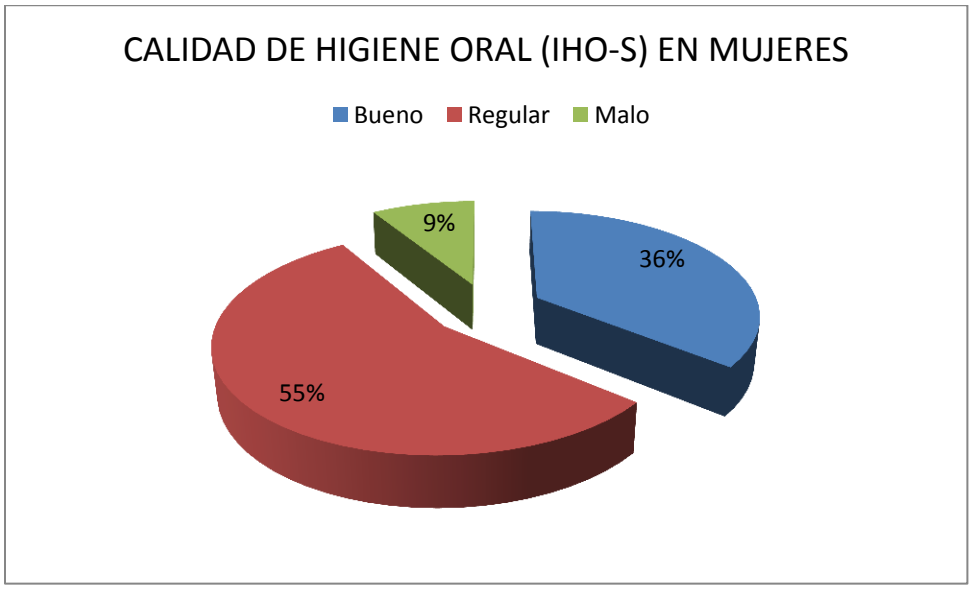
Autoría Jorge Luis Ramos

INTERPRETACIÓN:

Los resultados indican que en los hombres la Calidad de higiene oral refleja un 51% que es regular, el 43% presenta una buena higiene, y una pequeña cantidad que representa el 6% muestra una mala higiene oral.

GRÁFICO Nº 8. CALIDAD DE HIGIENE ORAL (IHO-S) EN MUJERES

IHOS	Frecuencia	Porcentaje
Bueno (0.0-1.2)	162	36%
Regular (1.3-3.0)	250	55%
Malo (3.1-6.0)	40	9%
Total	**452**	**100%**



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

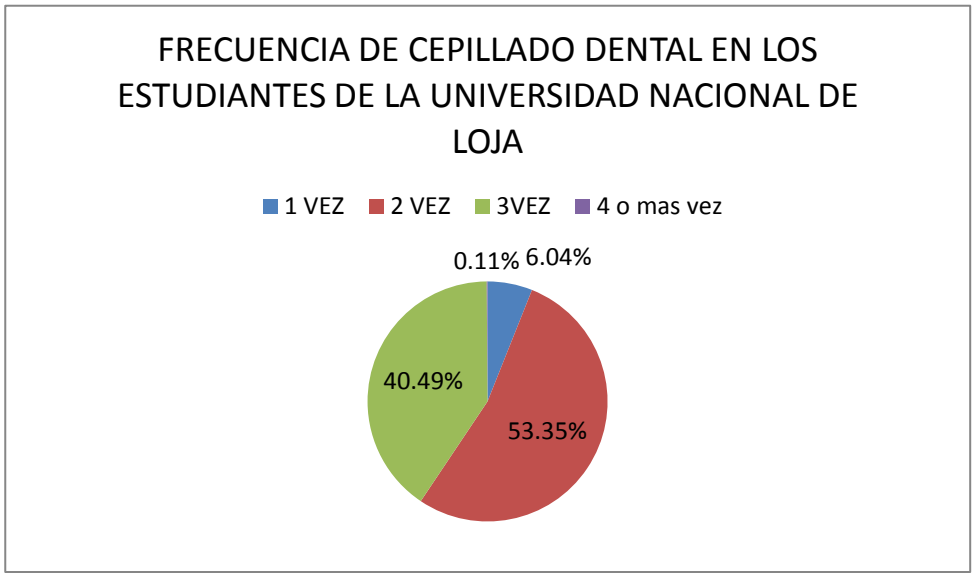
Autoría Jorge Luis Ramos

INTERPRETACIÓN:

Los resultados muestran que el 55% de mujeres presentan una higiene oral regular, un 36% corresponden a personas que muestran una buena higiene, y el 9% un déficit higiene oral

GRÁFICO N: 9. FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 VEZ	54	6.04%
2 VEZ	477	53.35%
3VEZ	362	40.49%
4 o mas vez	1	0.11%
TOTAL	894	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

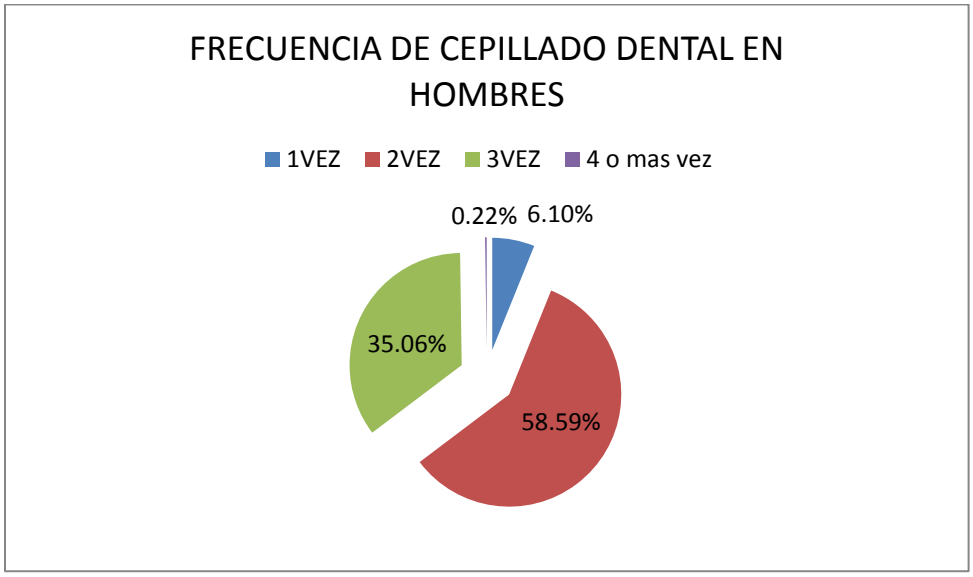
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que el 53.35% de los estudiantes se cepillan dos veces al día mientras que 40.49 % se cepillan 3 veces, el 6.04% lo hacen una vez y el 0.11 lo realiza cuatro o más veces al día

GRAFICO N: 10 FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL EN HOMBRES

FRECUENCIA CEPILLADO DENTAL HOMBRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1VEZ	27	6.10%
2VEZ	259	58.59%
3VEZ	155	35.06%
4 o mas vez	1	0.22%
TOTAL	442	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

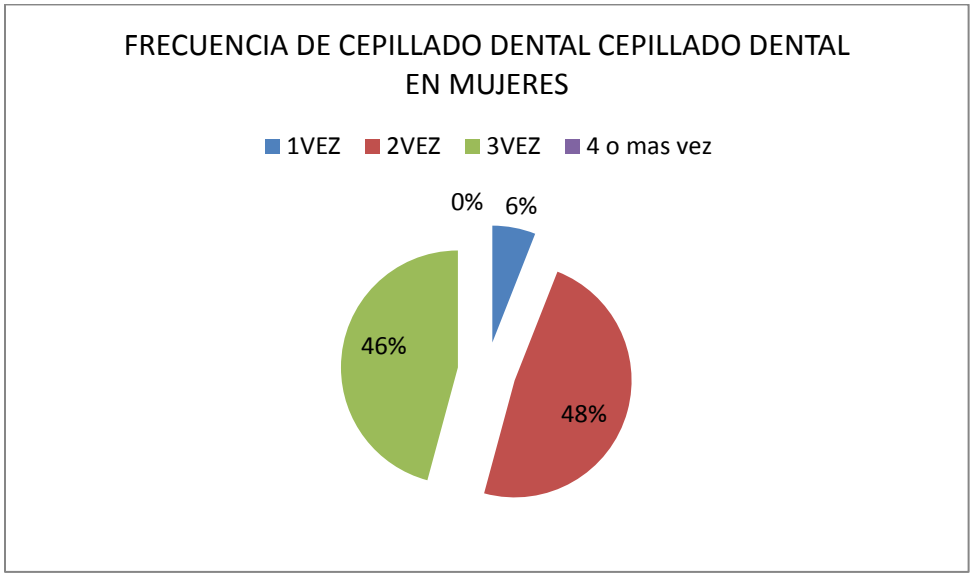
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos indica que 58.59% se cepillan dos veces, mientras que un 35.06% lo realiza tres veces, un 6.10% lo realiza una vez y un 0.22% lo realiza cuatro o más veces al día

GRÁFICO N: 11. FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL EN MUJERES

FRECUENCIA DE CEPILLADO DENTAL EN MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1VEZ	27	6%
2VEZ	218	48%
3VEZ	207	46%
4 o mas vez	0	0%
TOTAL	452	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

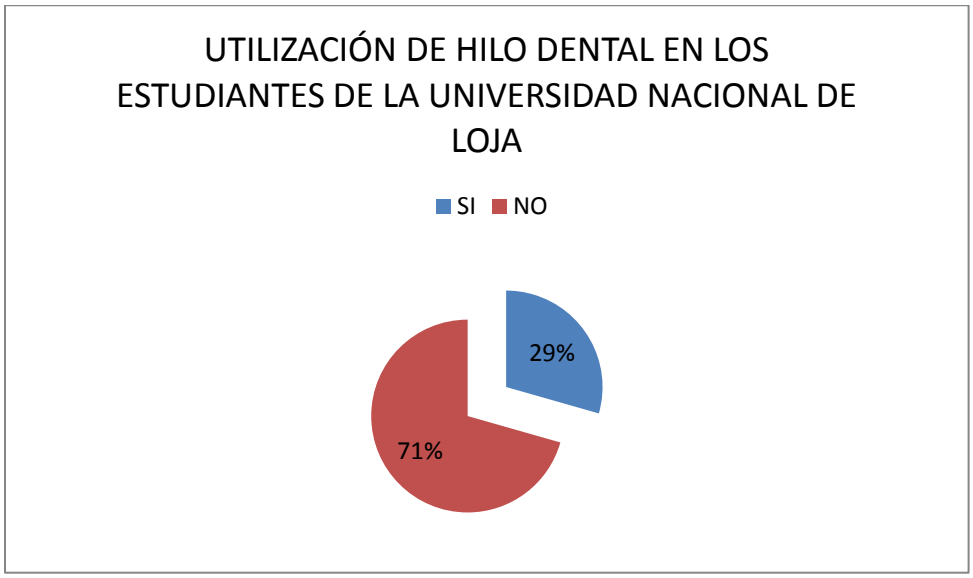
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica siguiente nos indica que el 48% de las mujeres se cepillan dos veces al día mientras que el 46% lo hace 3 veces al día y el 6 % lo realiza 1 veces al día

GRÁFICO N. 12. UTILIZACIÓN DE HILO DENTAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

HILO DENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	263	29%
NO	631	71%
TOTAL	894	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

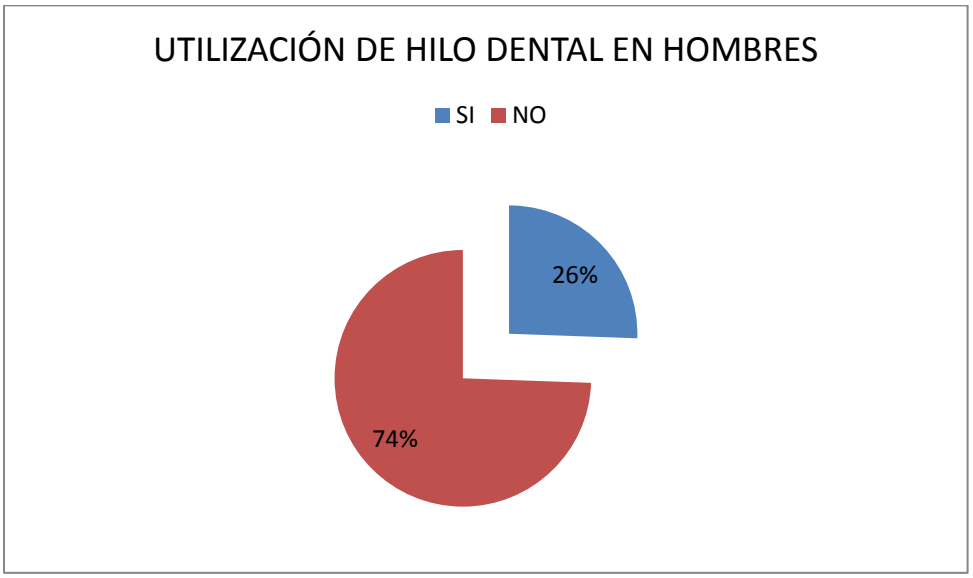
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que un 71 % de los estudiantes evaluados utiliza hilo dental y un 29% no utiliza.

GRÁFICO N. 12. UTILIZACIÓN DE HILO DENTAL EN HOMBRES

HILO DENTAL HOMBRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	113	26%
NO	329	74%
TOTAL	442	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

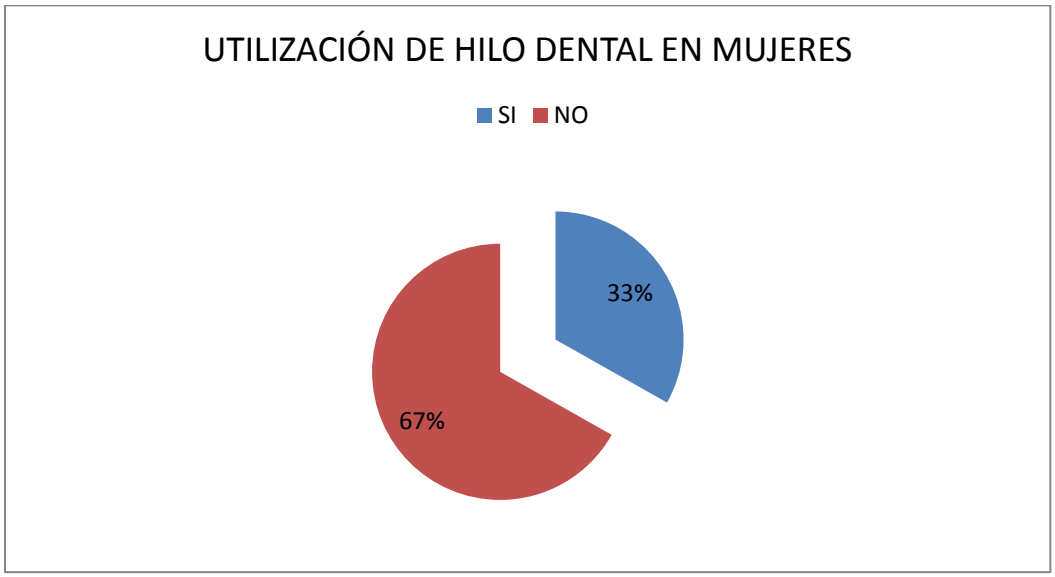
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que un 74 %de los estudiantes evaluados hombres no utiliza hilo dental mientas que un 26% lo utiliza.

GRÁFICO N. 13. UTILIZACIÓN DE HILO DENTAL EN MUJERES

HILO DENTAL MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	150	33%
NO	302	67%
TOTAL	452	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

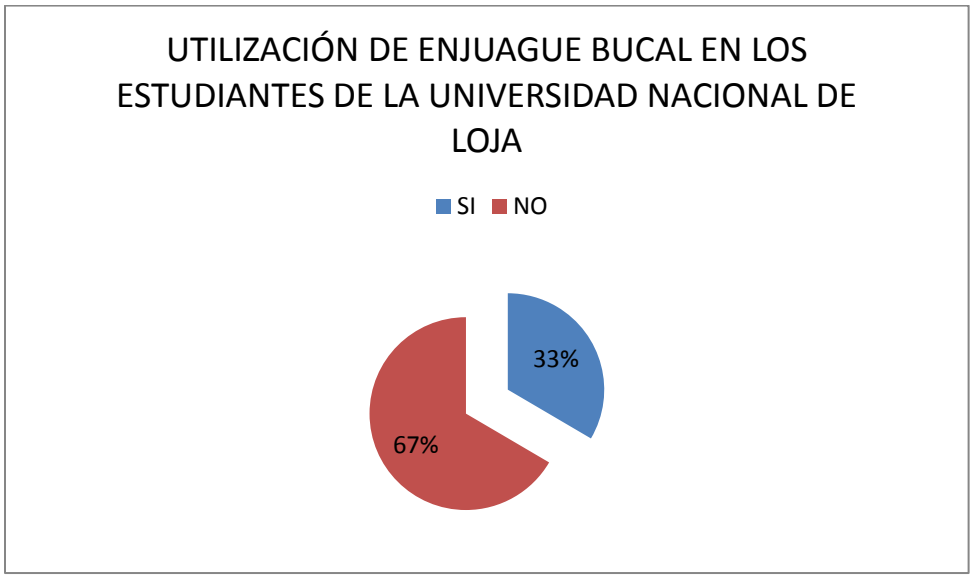
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que el 67% de mujeres no utiliza hilo dental mientras que el 33% no utiliza.

GRÁFICO N. 14. UTILIZACIÓN DE ENJUAGUE BUCAL EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ENGUAJE BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	299	33%
NO	595	67%
TOTAL	894	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

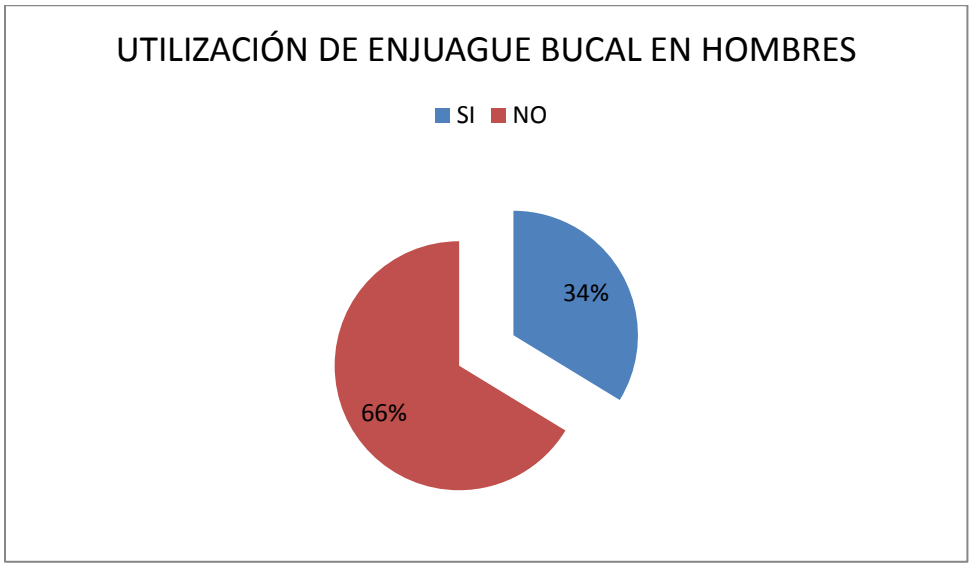
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que 67% de los estudiantes evaluados no utiliza enjuague bucal mientras que el 33% si lo utiliza.

GRÁFICO N. 15. UTILIZACIÓN DE ENJUAGUE BUCAL EN HOMBRES

ENJUAGUE BUCAL HOMBRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	149	34%
NO	293	66%
TOTAL	442	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

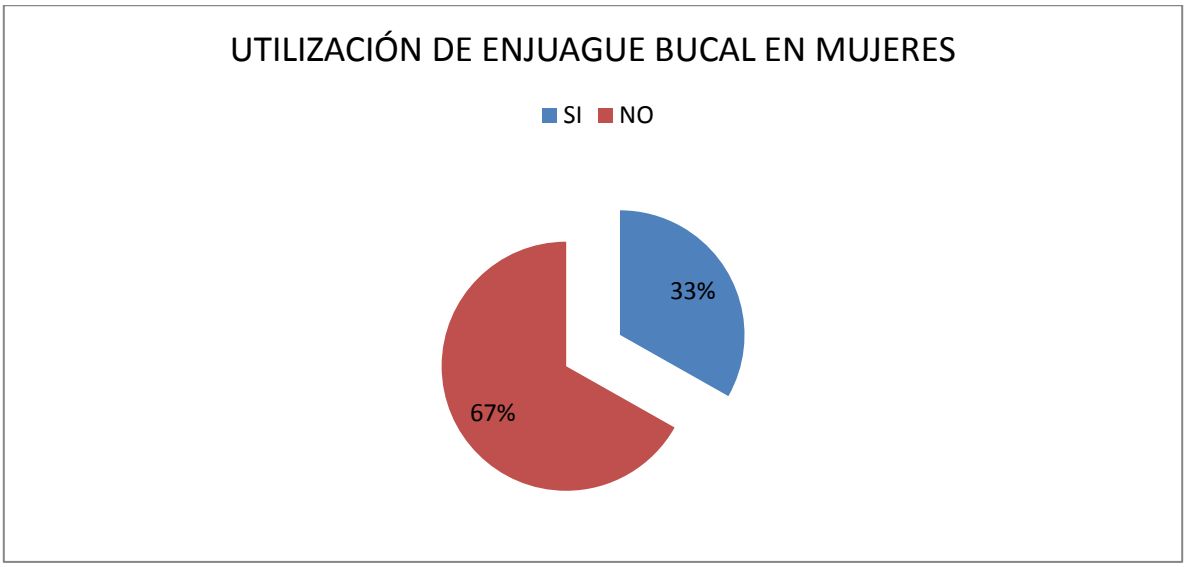
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos da conocer que el 66% de los estudiantes hombres no utiliza enjuague bucal mientras que el 34% lo utiliza.

GRÁFICO N. 16. UTILIZACIÓN DE ENJUAGUE BUCAL EN MUJERES

ENJUAGUE BUCAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	150	33%
NO	302	67%
TOTAL	452	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

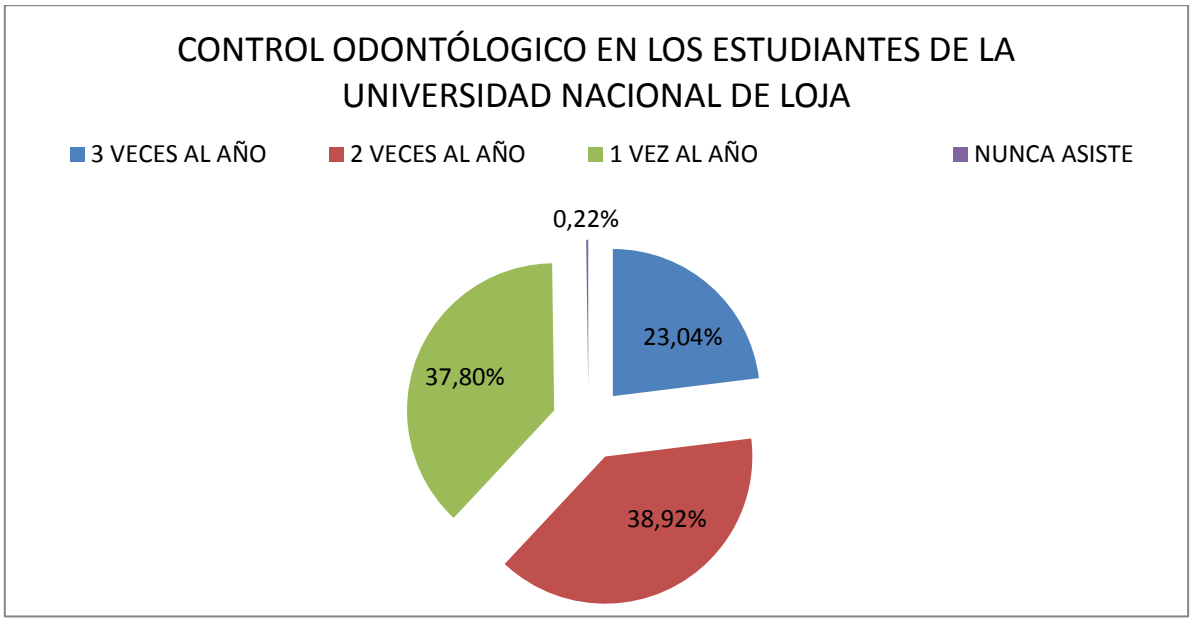
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que el 67% de las alumnas de la Universidad Nacional de Loja no utiliza enjuague bucal mientras que 33% si lo utiliza.

GRAFICO N. 17. CONTROL ODONTÓLOGICO EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CONTROL ODONTOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 VECES AL AÑO	206	23.04%
2 VECES AL AÑO	348	38.92%
1 VEZ AL AÑO	338	37.80%
NUNCA ASISTE	2	0.22%
TOTAL	894	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

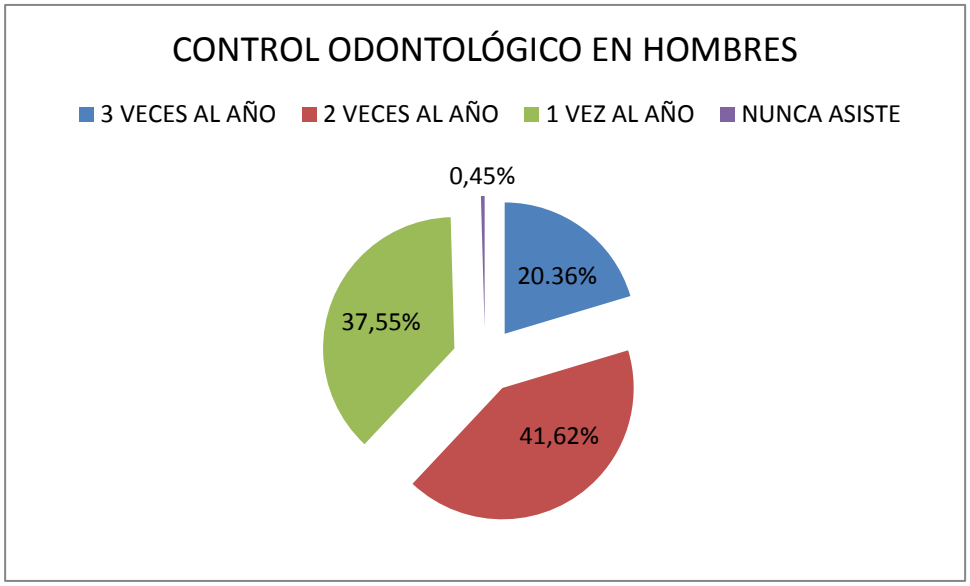
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos indica que 38.922% visitan al odontólogo dos vez al año, mientras que 37.80% lo visita una vez al año, el 23.04% lo vista tres veces al año, y un 0.22% nunca asiste.

GRAFICO N. 18. CONTROL ODONTOLÓGICO EN HOMBRES

CONTROL ODONTOLÓGICO EN HOMBRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 VECES AL AÑO	90	20.36%
2 VECES AL AÑO	184	41.62%
1 VEZ AL AÑO	166	37.55%
NUNCA ASISTE	2	0.45%
TOTAL	442	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

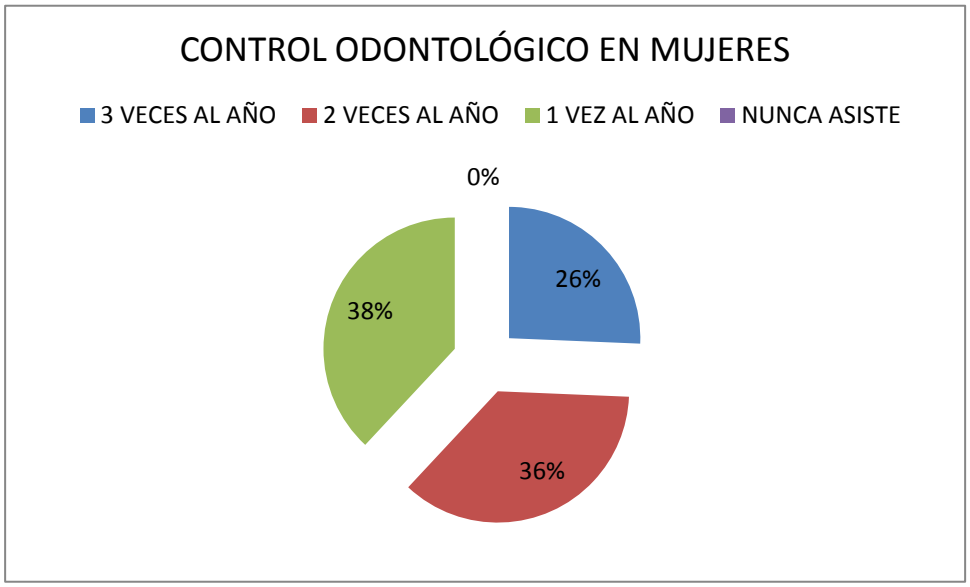
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos indica que 41.62% visitan al odontólogo dos vez al año, mientras que 37.55% lo visita una veces al año, el 20.36% lo vista tres veces al año, y un 0.45% nunca asiste.

GRÁFICO N. 19. CONTROL ODONTOLÓGICO EN MUJERES

CONTROL ODONTOLÓGICO EN MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 VECES AL AÑO	116	26%
2 VECES AL AÑO	164	36%
1 VEZ AL AÑO	172	38%
NUNCA ASISTE	0	0%
TOTAL	452	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Jorge Ramos:

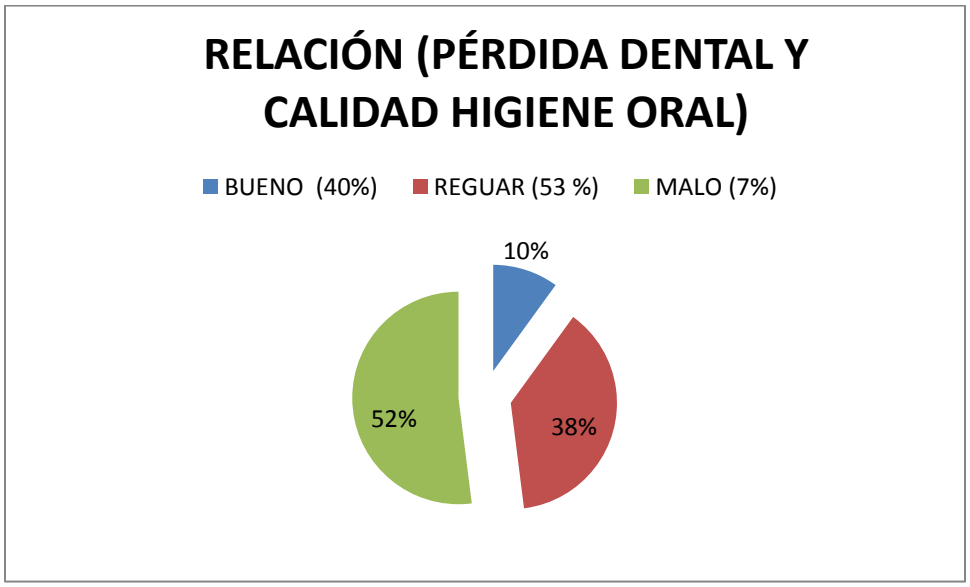
INTERPRETACIÓN:

La gráfica nos indica que 38% visitan al odontólogo una vez al año, mientras que 36% lo visita dos veces al año, y un 26% lo vista tres veces al año.

.

GRÁFICA N. 20. RELACIÓN (PÉRDIDA DENTAL Y CALIDAD HIGIENE ORAL)

IHO-S	IHO-S (FRECUENCIA)	IHO-S (PORCENTAJE)	PÉRDIDA DENTAL (FRECUENCIA)	PÉRDIDA DENTAL (PORCENTAJE)
BUENO	352	40%	105	10%
REGUAR	477	53%	410	38%
MALO	65	7%	566	52%
TOTAL	894	100%	1081	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Jorge Ramos:

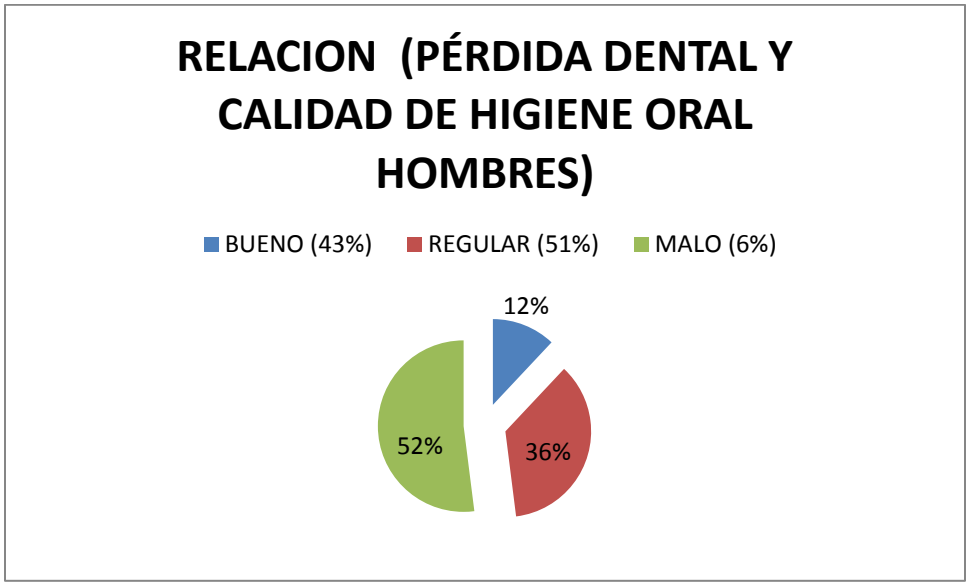
INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que el nivel Bueno del (IHG-S) hubo 352 personas que representan el 40% de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de 105 dientes y su porcentaje es de 10%, En cambio los que tuvieron un nivel Regular de (IHO-S) fueron 477 personas que representan 53% de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de 410 piezas que representa el 38%., los que tuvieron un nivel

Malo de (IHO-S) tuvieron una frecuencia de 65 personas que representan el 7% de los cuales tuvieron una frecuencia de pérdida 566 piezas pérdidas que representan el 52%.

GRÁFICA N.21. RELACIÓN (PÉRDIDA DENTAL Y CALIDAD HIGIENE ORAL EN HOMBRES)

IHO-S (HOMBRES)	IHO-S (FRECUENCIA)	IHO-S (PORCENTAJE)	PÉRDIDA DENTAL(FRECUENCIA)	PÉRDIDA DENTAL (PORCENTAJE)
BUENO	190	43%	65	12%
REGULAR	227	51%	190	36%
MALO	25	6%	276	52%
TOTAL	442	100%	531	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

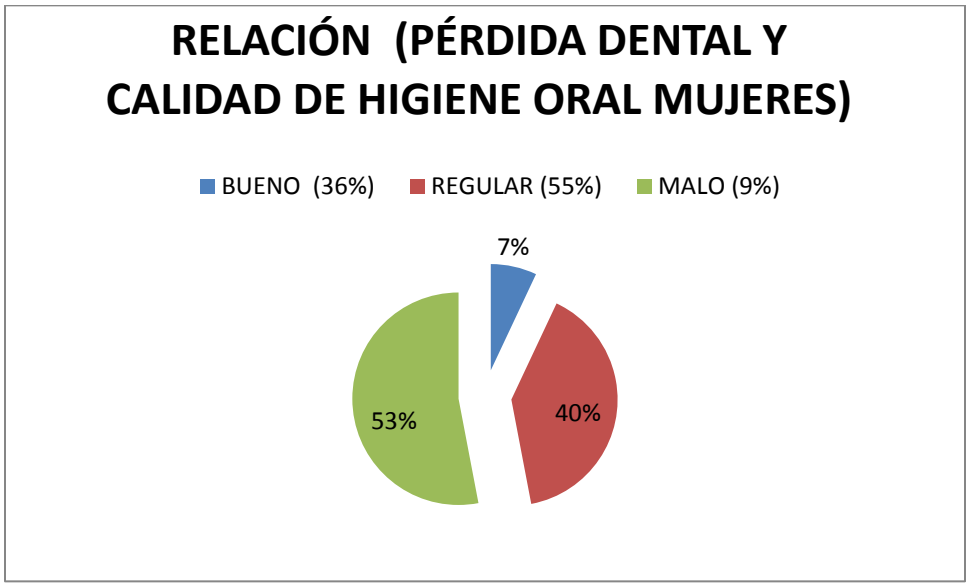
Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que el 43% del nivel bueno hubo una pérdida dental de 12% mientras que el 51% de un nivel regular hubo una pérdida dental de 36% y 6% que representa un nivel malo de higiene oral tuvo la pérdida del 52%.

GRAFICA N.22.RELACIÓN (PÉRDIDA DENTAL Y CALIDAD HIGIENE ORAL EN MUJERES)

IHO-S (MUJERES)	IHO-S (FRECUENCIA)	IHO-S (PORCENTAJE)	PÉRDIDA DENTAL(FRECUENCIA)	PÉRDIDA DENTAL (PORCENTAJE)
BUENO	162	36%	162	7%
REGULAR	250	55%	250	40%
MALO	40	9%	40	53%
TOTAL	452	100%	452	100%



Fuente: Historia Clínicas de los Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

Autoría Jorge Ramos:

INTERPRETACIÓN:

La gráfica indica que el 55% del nivel regular hubo una pérdida dental de 40% mientras que el 36% de un nivel bueno hubo una pérdida dental de 7% y 9% que representa un nivel malo de higiene oral tuvo la pérdida del 53%.

7. DISCUSIÓN

Este estudio de investigación fue realizado y fue de tipo, descriptivo como finalidad de determinar la perdida dental y la relación con la calidad de higiene oral en los y las estudiantes de la UNL, con una muestra de (894).Se pudo comprobar una considerable perdida de (1081) piezas dentales, una frecuencia de estudiantes que no perdieron piezas dentales fue del 55%, mientras que el (45 %) presenta alguna pérdida dental, una calidad de higiene regular con (53%), una frecuencia de cepillado del (53.35%), la utilización de hilo dental en un (29%), el enjuague Bucal de (33%), y el (38.92%) visita dos veces al odontólogo

La relación de la pérdida dental y la calidad de higiene oral se puedo constatar, del nivel Bueno del (IHO-S) hubo 352 personas que representan el (40%) de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de 105 dientes y su porcentaje es de (10%), En cambio los que tuvieron un nivel Regular de (IHO-S) fueron 477 personas que representan (53%) de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de 410 piezas que representa el (38%), los que tuvieron un nivel Malo de (IHO-S) tuvieron una frecuencia de 65 personas que representan el (7%) de los cuales tuvieron una frecuencia de pérdida 566 piezas que representan el (52%).

El estudio realizado en la ciudad de Maturín en el Estado Monagas en año 2009 se visualizó sobre la pérdida dental que se manifiesta en personas mayores de 20 años de edad se encontró una referencia al estado de la higiene bucal de los 399 adultos que evidenciaron pérdida del primer molar permanente, se revelo que el (64.2 %) presentaron una higiene bucal deficiente y se manifestó una higiene bucal adecuada solo en el (35.8%) de los adultos de lo que se dedujo que la mal higiene bucal favorece la presencia de placa dentobacteriana ,caries, la cual es causa principalmente de las pérdidas dentarias (Cruz, Perdida Dental, 2000)

Según el estudio del (2008) fue realizado con el fin de conocer frecuencia de perdida dental en la población adulta, representantes de la cultura Mapuche-Huilliche de una área Rural de Chile, con acceso limitado a atención odontológica, ya que la posta sólo recibe ronda médico dental una vez al mes. Se encontró una

prevalencia de caries en la población del 100% con una gran severidad, y un nivel de higiene bucal malo. Los resultados de este estudio muestran que a medida que aumenta la edad de los individuos, hay mayor predisposición a una pérdida dentaria debido a la falta de implementos de higiene oral y servicios de salud odontológica constantes. Esto se observa en el índice COPD cuyo componente Perdidos (13.07) representa el (90%). (hábitos de higiene bucal, 2008)

Según un estudio realizado en Cuba, Pupo D. et al. (2008), sobre la pérdida de dental en jóvenes de 18 a 25 años, obtuvo como resultados que el (37,2%) del total de jóvenes estudiados habían perdido el primer molar inferior derecho. En orden de frecuencia en segundo lugar el inferior izquierdo (34,9%), seguido por el primer molar superior derecho con (21%) y por último, tres primeros molares superiores izquierdos para el (6,9%) por lo que se dedujo que una mala higiene bucal favorece la presencia de las diferentes afectaciones dentarias como placa bacteriana, caries, y enfermedad periodontal la cual denota una pérdida de piezas dentales. (HIGIENE ORAL EN ADOLESCENTES, 2008)

8. CONCLUSIONES:

1 Se determinó que de los 894 estudiantes de la UNL hubo una pérdida de (1081) piezas dentales.

2 Las piezas más afectadas en la perdida dental fueron # 26, 16, 36,46.

3 Se pudo constatar una frecuencia de estudiantes que no perdieron piezas dentales en un (55%), mientras que el (45 %) presenta alguna pérdida dental.

4 Se pudo determinar que la calidad de higiene oral es regular en hombres en un (51%) y en mujeres un (55%).

5 En los estudiantes investigados se determinó que la frecuencia de cepillado dental lo hacen dos veces al día un porcentaje (53.35%)

6 Los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja utilizan el hilo dental en un (29%).

7 Se identificó que el (67%)de la población investigada no utiliza el enjuague bucal

8 En (38.92%) de los estudiantes universitarios, asisten dos veces al año a un control Odontológico.

9 Pudo constatar, que el nivel Bueno del (IHO-S) hubo 352 personas que representan el (40%)de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de 105

dientes y su porcentaje es de (10%), En cambio los que tuvieron un nivel Regular de (IHO-S) fueron 477 personas que representan (53%) de los cuales la frecuencia de pérdida dental es de 410 piezas que representa el (38%), los que tuvieron un nivel Malo de (IHO-S) tuvieron una frecuencia de 65 personas que representan el (7%) de los cuales tuvieron una frecuencia de pérdida 566 piezas que representan el (52%).

9. RECOMENDACIONES:

Dentro del trabajo Investigativo se puedo hacer las siguientes recomendaciones:

1. A fin de hacer llegar la importancia del cuidado de los dientes resulta primordial la educación a la población estudiantil de la Universidad Nacional de Loja mediante charlas educativas, programas de salud bucal, entre otros; con el objetivo de minimizar la pérdida de piezas dentarias permanentes de manera prematura y a la aparición de cualquier otra anomalía.

2. Fomentar el cepillado dental en los estudiantes es para que puedan tener una óptima higiene oral y evitar patologías como la caries dental y futuras complicaciones como una pérdida de sus piezas dentales.

3. Es de gran importancia hacerle saber a los estudiantes, que deben acudir a un control odontológico, por lo menos cada seis meses así no exista dolor, ya que una visita a tiempo al mismo puede evitar la pérdida dental.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Barry M. Eley, J. D. (2010). *Periodoncia.* Universidad Nacional de Cataluña . Barcelona: Panamericana.

2. Beers, M. H. (2010). Oral and dental. *SALUD BUCAL EN ADOLECENTES*, 447-449.

3. Blanco, R. V. (2013). Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. (R. V. Blanco, Ed.) *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1O,

4. Bucal, S. (11 de Mayo de 2001). Técnicas de cepillado dental. *VIVIR SANO*, pag 5.

5. Cobo, J. M. (2010). Manual Tecnico de higiene Oral. En J. M. Cobo, *Manual Tecnico de higiene Oral* (pág. 183). Madri: Mad, S,L.

6. Cruz, Y. C. (2009). Perdida Dental. *UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MONAGAS(VENEZUELA)*, Pag 45,50.

7. Dental), P. S. (7 de septiembre de 2011). *http://www.clinicadentalponssoria.com/causas-de-perdida-de-dientes/*.

8. Dental, A. L. (2009). *Dieta y Salud Buco dental.* Americana: La Asociación Dental Americana,pag 56 58.

9. Diaz, I. G. (2011). Salud Buco Dental. En I. G. Diaz, & I. G. Diaz (Ed.), *Salud Buco Dental* (pág. 61.62). Buenos Aires, Buenos Aires , Buenos Aires : Colonia San Angel.

10. Díaz, J. (24 de Octubre de 2009). *Cepillado Dental*. (N. O. Harris, Editor) Recuperado el 14 de Octubre de 2014, de http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-94828.html: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-94828.html

11. Enríquez, A. B. (24 de 5 de 2011). Manual de Técnicas de. (A. B. Enríquez, Ed.) *Universidad Veracruz*, 6,7,8,9.

12. Erazo, B. (2012). Clinica Sano en Oodntologica. En B. Erazo, & B. Erazo (Ed.), *Clinica Sano en Oodntologica* (Cuarta ed., págs. 215,216). Bogota Colombia, Bogota Colombia , Bogota Colombia : Ciencia de la Salud.

13. Fernandez, R. V. (2009). *Manua de Higiene Bucal* (1 ed., Vol. 1). (Panamericana, Ed.) Madri, Madri, España: Rojas Vicente Fuentemayor Fernandez,pag 256.

14. Fotek, I. (5 de 5 de 2014). *Enciclpopedia Medica.* Recuperado el 7 de Agosto de 2014, de Enciclpopedia Medica: //umm.edu/health/medical/spanishency/articles/gingivitis

15. García- Cortes JO, L. R.–M.-G.-R.-S. (2009). Perdida Dientes en odolecentes y adultos jovenes universitarios Mexicanos. *Facultad de Estomatología de la Universidad mexico*, 191-195.

16. Harris, N. O. (2001). Cepillos dentales y Metodos de Cepilaldo. En N. O. Harris, & N. O. Harris (Ed.), *Oodntologia Preventiva* (1 ed., pág. 69). Mexico, Mexico, Mexico: Manuel Moreno,pag 360.

17. Higashida, B. (2009). Salud Oral. En B. Higashida, *Odontologia Preventiva* (2 ed., pág. 32). Mexico: Bertha Higashida.

18. IMELI. (2010). Diccionario Universal. En IMELI, *Diccionario Unoversal* (pág. 651). Ecuador.

19. Javier de Fuente Hernández, M. e. (2009). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. *salud pública de Mexico/ vol 50*, 105,106.

20. Lentini, R. (2009). Odontologia Preventiva. En R. Lentini, & N. O. Harris (Ed.), *Saud Oral* (1 ed., Vol. 1, pág. 292). Mexico, Mexico, Mexico: Lise Fox.

21. Lindhe. (2009). Periodontologia Implantologia Clinica. En Lindhe, *Periodontologia Implantologia Clinica* (2 ed., págs. 69.74,75). Madri España, Madri España, Madri España: Panamericana.

22. Lindhe, L. (2009). Examenes de los pacientes con enfermedades Dentales. En L. Lindhe, & Panmericana (Ed.), *Periodontologia Clinica* (5 ed., pág. 573). Madrid, Madrid, Madrid: Lindhe, Lang.

23. Loscos, F. (2010). Peridodncia Para Higiene Dental. En F. Loscos, *Peridodncia Para Higiene Dental* (1 ed., Vol. 15, págs. 54,55,56). Valencia: Facultad medicina Valencia.

24. MALAGA, C. D. (2009). Metodos de Cepilaldo. (N. O. Harris, Ed.) *CLINICA DENTAL MALAGA*, 69.74.

25. Marchesan, I. Q. (2011). DEGLUCIÓN – DIAGNÓSTICO Y POSIBILIDADES. (I. Q. Marchesan, Ed.) *Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica*, pag 5,6.

26. María del Carmen Álvarez. (2011). Perdida Prematura del primer Molar Permanete . *Universidad Catolica de Cuenca*, pag 15,21.

27. MASON, J. (2010). Periodoncia. En J. MASON, & J. MASON (Ed.), *Periodncia* (sexta ed., págs. 22,23). Barcelona, Barcelona , Barcelona: Panamericana.

28. MASSON, S. (2009). El manual de Oodntologia. En S. MASSON, *El manual de Oodntologia* (pág. 26). Barcelona España.

29. Medina, C. T. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocusiones. (C. T. Medina, Ed.) *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, pag 12.

30. Medina-Solís, C. E. (2013). Principales razones de extracción de dientes. *Universidad del Estado de Hidalgo(RIC)*, 141-149.

31. MONTENEGRO. (11 de 2 de 2010). Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. (MONTENEGRO, Ed.) *Universidad Javeriana de Colombia, 30*, 103,104.

32. Mosby, O. (2010). *Diccionario de Medicina* (Carlos Gispert ed.). España: OCEANO pag 320,680,520.

33. Murrieta, J. F. (2009). Indice Epidemiologicos de Morbilidad Oral. En J. F. Murrieta, *Indice Epidemiologicos de Morbilidad Oral* (págs. 28,29,30). Zaragoza: Universida Nacional Mexico.

34. PIFARRÉ, S. (2011). Patología Oral. En S. PIFARRÉ, *Patología Oral* (pág. 60). Barcelona: UNL Saragoza.

35. Romero, D. A. (2009). PERDIDA DE LOS DIENTES. *Masterdent Cuidado Dental*, pag 61.

36. RUIZ, A. R. (2011). *El Fluor un aliado para la Saud.* Mexico: ANA ROCA RUIZ.

37. Sánchez, M. V. (2009). *Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la Provincia de Salamanca.* Salamanca: tesis doctoral.

38. Sotomayor, V. (2009). Manual Higiene Dental. En V. Sotomayor, *Manual Higiene Dental* (pág. 62.63). Madri, Madri, Madri: Panamericana.

39. Tango, I. (2 de JULIO de 2012). Periodontitis. (I. Tango, Ed.) *Institutos Nacionales de la Salud*, 2,4.

40. Velasquez, G. (2009). Prevalencia de la perdidda dentaria. *Universidad Central del Ecuador*, 16,21.

11. ANEXOS HISTORIA CLÍNICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERRA DE ODONTOLOGIA

MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"

HISTORIA Clínica ODONTOLÓGICA

Nº HC

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS GENERO: F M

CI. ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO LUGAR DE PROCEDENCIA: LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA: CICLO: TELÉFONO:

TRABAJA: SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ULTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD SI NO QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO? SI NO QUE FARMACO?

ALERGIAS SI NO CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI ☐ Parentesco ☐ NO ☐

HTA SI ☐ Parentesco ☐ NO ☐

CANCER SI ☐ Parentesco ☐ NO ☐

OTROS ☐

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana ☐ más de dos veces al mes ☐ ocasionalmente ☐ nunca ☐

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente ☐ poco frecuente ☐ nunca ☐

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI ☐ NO ☐ QUE ACTIVIDAD ☐

OTROS: ☐

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

Óptimo ☐ Cepilla 1 vez ☐ Utiliza hilo dental SI ☐ NO ☐

Regular ☐ Cepilla 2 veces ☐ Utiliza enjuague bucal SI ☐ NO ☐

Malo ☐ Cepilla 3 veces ☐

Otros ☐

CONTROL ODONTOLÓGICO

Óptimo ☐ visitas al Odontologo 1 vez al año ☐

regular ☐ visitas al Odontologo 2 veces al año ☐

malo ☐ visitas al Odontologo 3 veces al año ☐

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO SI ☐ NO ☐

FRONTAL	POSITIVO	☐	EGATIVO	☐	LEVE	☐	MODERADO	☐	INTENSO	☐	JNI O BILATERAL	☐
MAXILAR	POSITIVO	☐	EGATIVO	☐	LEVE	☐	MODERADO	☐	INTENSO	☐	JNI O BILATERAL	☐
MANDIBULAR	POSITIVO	☐	EGATIVO	☐	LEVE	☐	MODERADO	☐	INTENSO	☐	JNI O BILATERAL	☐

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACTOS SI ☐
NORMAL SI ☐

ATM:
Función de ATM RUIDO (click/crépito) ☐ DESVIACIÓN ☐ DEFLEXIÓN ☐ NORMAL ☐

Dolor en la ATM SI ☐ NO ☐ UNILATERAL ☐ BILATERAL ☐
Limitación en apertura SI ☐ NO ☐
Desviación mandibular a la apertura. SI ☐ NO ☐ DERECHA ☐ IZQUIERDA ☐
Pérdida de soporte Oclusal Posterior SI ☐ NO ☐ UNILATERAL ☐ BILATERAL ☐

LABIOS:
Pigmentaciones SI ☐ NO ☐
Labio fisurado SI ☐ NO ☐
Queilitis angular SI ☐ NO ☐
Color cianótica: SI ☐ NO ☐

Otros ☐ Cuáles ☐

Tonicidad labial
Hipertónico SI ☐ NO ☐
Hipotónico SI ☐ NO ☐
Normal SI ☐ NO ☐

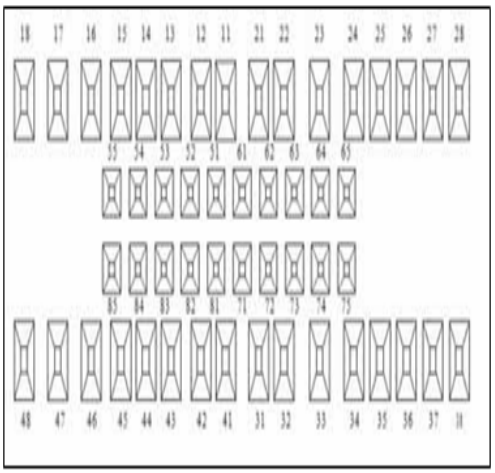
FORMA DE ROSTRO
Cuadrado ☐
Triangular ☐
Ovalado ☐

BIOTIPO FACIAL:
Braquicéfalo ☐
Normocéfalo ☐
Dolicocéfalo ☐

ASIMETRÍA FACIAL:
FOTOGRAFÍA SI ☐ NO ☐
DERECHA SI ☐ NO ☐
IZQUIERDA SI ☐ NO ☐
LINEA MEDIA FACIAL recta ☐ desviada ☐

HABITOS
MORDEDURA DE OBJETOS SI ☐ NO ☐ CUAL ☐
CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS SI ☐ NO ☐ CUAL ☐
INTERPOSICION LINGUAL SI ☐ NO ☐
DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES SI ☐ NO ☐
ONICOFAGIA SI ☐ NO ☐
BRUXISMO SI ☐ NO ☐
RESPIRADOR BUCAL SI ☐ NO ☐
SUCCION DIGITAL SI ☐ NO ☐ Localizacion ☐

ODONTOGRAMA:



C ☐
P ☐
O ☐

Porta ortodoncia fija SI ☐ NO ☐

Tuvo tratamiento ortodoncico SI ☐ NO ☐

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1	CUADRANTE 2
1	1
2	2
3	3
4	4

CUADRANTE 3	CUADRANTE 4
1	1
2	2
3	3
4	4

CLASE DE KENNEDY

CLASE I	SI		NO		MODIFICACION
CLASE II	SI		NO		MODIFICACION
CLASE III	SI		NO		MODIFICACION
CLASE IV	SI		NO		

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA	SI		NO		Tipo
P.REMOVIBLE	SI		NO		MATERIAL
P. TOTAL	SI		NO		UNI/ BIMAXILAR

LESIONES NO CARIOSAS SI NO

Erosión	SI		NO		Clase I		clase II		clase III		
Abrasión	SI		NO								
Atrición	SI		NO		Leve		Moderado		evero		
Abfracción	SI		NO								
Fluorosis dental	SI		NO		Cuestionable		Muy leve		ve		rado Severo

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios	SI		NO	Pieza:
Agenesia	SI		NO	Pieza:

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos	SI		NO	Pieza:
Caries	SI		NO	Pieza:

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I	SI		Derecha		Izquierda
Clase II	SI		Derecha		Izquierda
Clase III	SI		Derecha		Izquierda
No aplicable			Derecha		Izquierda

RELACIÓN CANINA:

Clase I	SI		Derecha		Izquierda
Clase II	SI		Derecha		Izquierda
Clase III	SI		Derecha		Izquierda
No aplicable			Derecha		Izquierda

OVERJET	MEDIDA		POSITIVO		NEGATIVO
OVERBITE	MEDIDA		POSITIVO		NEGATIVO

MALOCLUSIONES

Mordida abierta Anterior	SI		NO			
Mordida Abierta Posterior	SI		NO		UNILATERAL	BILATERAL
Mordida profunda	SI		NO			
Mordida cruzada anterior	SI		NO			
Mordida cruzada posterior	SI		NO		UNILATERAL	BILATERAL
Mordida bis a bis	SI		NO			

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior	SI		NO		Leve		Moderado	Severo
Posterior	SI		NO		Leve		Moderado	Severo

FORMA DE DIENTES

Triangular

Ovalados

Cuadrados

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALISADAS	Pieza		DISTALIZADAS	Pieza	
LINGUALIZADAS	Pieza		VESTIBULARIZADAS	Pieza	
EXTRUIDAS	Pieza		INTRUIDAS	Pieza	

MAXILAR:

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

PALADAR DURO

Torus palatino SI NO
Comunicación bucosinusal SI NO
Atresia maxilar SI NO
Micrognatismo maxilar SI NO
Macrognatismo Maxilar SI NO
Petequias SI NO

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas Aftas mayores Aftas menores Lesiones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas SI NO Localizacion
Lesiones Rojas SI NO Localizacion
Lesiones Ulcerosas SI NO Localizacion

EPULIS TRAUMATICO SI NO Localizado Carrillos Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula SI NO Localizacion
Hipertrofia de frenillo lingual SI NO
Torus lingual SI NO

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis SI NO

GLÁNDULAS SALIVALES:

	G. Parótida	G. Submaxilar	G. Sublingual
Tumefacción			
Dolor			
Secresión Purulenta			
Fluidez Salival			
Obstrucción de conductos salivales			

PH SALIVAL

ÁCIDO(ROJO)
BÁSICO(AZUL)
NORMAL(NO HAY CAMBIO)

FRENILLO LABIAL

NORMAL SI NO
INSERCION BAJA SI NO
APENDICE DE FRENILLO SI NO
Produce diastemas a nivel incisivos SI NO
NECESIDAD DE TRATAMIENTO SI NO

FRENILLO LINGUAL

NORMAL SI NO
ANQUILOGLOSIA SI NO
PRODUCE PROBLEMAS FONETICOS SI NO
NECESIDAD DE TRATAMIENTO SI NO

LENGUA:

FISURADA SI NO
GEOGRÁFICA SI NO
MACROGLOSIA SI NO

PATOLOGÍA PULPAR: SI NO

1. Inspección

Cambio de color Si No Piezas:
Caries penetrante Si No Piezas:
Exposicionpulpar Si No Piezas:
Lineas de fisura Si No Piezas:

Fistula Si ☐ No ☐ Piezas: ☐

Microfiltración Si ☐ No ☐ Piezas: ☐

Fractura Si ☐ No ☐ Piezas: ☐

Tejidos Dentales

- Coronaria ☐
- Radicular ☐
- Corono-radicular ☐

Tejidos de Soporte

- Contusión ☐
- Subluxación ☐
- Luxación ☐
- Intrusión ☐
- Avulsión ☐

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado	☐	§ Sordo	☐
§ Localizado	☐	§ Expensivo	☐
§ Corto	☐	§ Pulsátil	☐
§ Intermitente	☐	§ Irradiado	☐
§ Espontaneo	☐	§ Ocasional	☐
§ Difuso	☐	§ Constante	☐
§ Prolongado	☐	§ Agudo	☐
§ Continuo	☐	Otros	☐

3. Palpación

Coronaria	Sintomática	Si ☐	No ☐	
Apical	Sintomático	Si ☐	No ☐	
Tumefacción firme	☐			
Tumefacción Blanda	☐			
Asintomático	☐			

4. Percusión

Horizontal	Positivo	☐	Negativo	☐
Vertical	Positivo	☐	Negativo	☐

5. Pruebas térmicas

frío	Positivo	☐	Negativo	☐	Cede despues del estimulo ☐
calor	Positivo	☐	Negativo	☐	Al retirarlo persiste ☐

6. Movilidad

Grado I	Pieza	☐
Grado II	Pieza	☐
Grado III ☐	Pieza	☐

7. Sondaje periodontal

MV ☐ MeV ☐ DV ☐

MP-L ☐ MeP-L ☐ DP-L ☐

8. Diagnóstico Radiográfico

- Cámara pulpar Normal ☐
- Modificada ☐

Conductos radiculares Calcificación

- Resorción interna ☐
- Resorción externa ☐
- Otros ☐

Periápice

- Lesión periapical — Presente ☐ / Ausente ☐
- Ligamento periodontal — Normal ☐ / Denso ☐ / Roto ☐

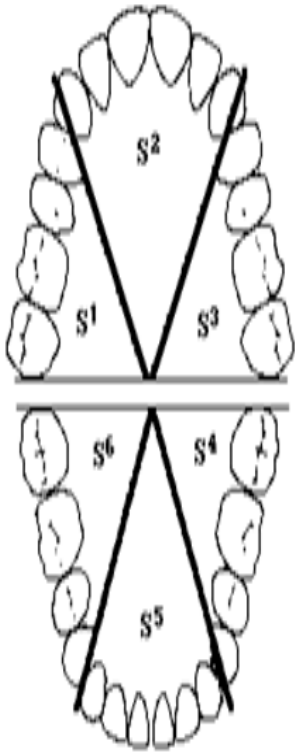
9. DIAGNÓSTICO

NECROSIS PULPAR	☐
PULPITIS IRREVERSIBLE	☐
PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA	☐
PULPITIS REVERSIBLE	☐
ABSCESO DENTOALVEORLAR CRÓNICO	☐
ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA	☐
ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA	☐
DESPULPADO / RETRATAMIENTO	☐
OTRO:	☐

PATOLOGIA PERIODONTAL

EVALUACIÓN PERIODONTAL:

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad



NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

0 Tejidos sanos ☐
1 Sangrado gingival ☐
2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas ☐
3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm ☐

S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		

Código 0: Mantener las medidas de prevención.

Código 1: Instrucción de higiene bucal

Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes

Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular

DIAGNOSTICO

OBSERVACIONES

VALORACIÓN DE RAMFJORD

G0	☐	G0 AUSENCIA DE INFLAMACION
G1	☐	G1 Zona enrojecida de encia que rodea diente
G2	☐	G2 Gingivitis alrededor del diente
G3	☐	G3 Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones

PERIODONTITIS

Perdida de insercion de 3 mm - LEVE	SI ☐	NO ☐
Perdida de insercion de 3 - 6 mm - MODERADO	SI ☐	NO ☐
Perdida de insercion mayor 6 mm - SEVERO	SI ☐	NO ☐

PRESENCIA DE CÀLCULO DENTAL SI ☐ NO ☐

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL	PIEZA #16 ó 15	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #13 ó 23	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #26 ó 25	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #36 ó 35	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #33 ó 43	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #46 ó 45	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
CÁLCULO SUBGINGIVAL	PIEZA #16 ó 15	1/3 raíz		2/3 raíz		1/3 raíz
	PIEZA #13 ó 23	1/3 raíz		2/3 raíz		1/3 raíz
	PIEZA #26 ó 25	1/3 raíz		2/3 raíz		1/3 raíz
	PIEZA #36 ó 35	1/3 raíz		2/3 raíz		1/3 raíz
	PIEZA #33 ó 43	1/3 raíz		2/3 raíz		1/3 raíz
	PIEZA #46 ó 45	1/3 raíz		2/3 raíz		1/3 raíz
INDICE IHOS						
Placa Bacteriana	PIEZA #16 ó 15	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #13 ó 23	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #26 ó 25	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #36 ó 35	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #33 ó 43	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona
	PIEZA #46 ó 45	1/3 corona		2/3 corona		1/3 corona

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaría recibir tratamiento odontologico Si ☐ No ☐ Que tipo de tratamiento ☐

Que tipo de atencion prefiere Publica Privada

Conoce los servicios que ofrece la clinicaodontologica de la UNL Si ☐ No ☐

Le gustaría ser atendido en la clinicaodontologica de la UNL Si ☐ No ☐

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontologico Si ☐ No ☐ Porque ☐

RESPONSABLE: ☐

ANEXOS. GLOSARIO

1. **CARIES DENTAL.-**Trastorno destructivo del diente producido por la interacción compleja de los alimentos, especialmente almidones y azucares con bacterias que forma placa dental. (Mosby, Diccionario de Medicina, 2010)
2. **CÁLCULO** Se denomina cálculo dental, tártaro dental o sarro dental a la acumulación de sales de calcio y fósforo sobre la superficie dental. Se trata del resultado de la mineralización de la placa bacteriana esto es, del conjunto de microorganismos, saliva y restos alimenticios que se van depositando sobre las piezas dentales. (PIFARRÉ, 2011)
3. **CALIDAD DE VIDA.-**La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en el momento dado de la vida. Es un complemento subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura las escalas de valores. (Enciclopedia Libre Universal en Español 2011).
4. **DIAGNÓSTICO.-** Identificación de la Naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos. (Diccionario de la lengua Española, 2009).
5. **DIENTE.** El diente es un órgano anatómico duro, enclavado en los procesos alveolares de los huesos maxilares y mandíbula a través de un tipo especial de articulación denominada gonfosis, en la que intervienen diferentes estructuras que lo conforman: cemento y hueso alveolar ambos unidos por el ligamento periodontal.(Mosby, Diccionario de Medicina, 2010)
6. **ENFERMEDAD.**- Alteraciones de la salud. (Diccionario de la lengua Española, 2005.)
7. **ENCÍA.-** Mucosa soportada por el tejido fibroso seguida por encima de los dientes no brotados al alrededor del cuello de los que han brotado. (Mosby, Diccionario de Medicina, 2010)

8. **ENFERMEDAD PERIDONTAL.**- Las principales causas de la enfermedad periodontal es la infección bacteriana, sin embargo pequeñas cantidades de placa son compatibles con la salud gingival y periodontal en algunos pacientes puede convivir con grandes cantidades de placa durante largos periodos sin desarrollar periodontitis. (Barry M. Eley, 2010)
9. **GINGIVITIS.**- La gingivitis es una forma de enfermedad periodontal, que es la inflamación e infección que destruyen los tejidos de soporte de los dientes.
10. **PLACA DENTAL-**Se llama placa dental a una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano. (Mosby, Diccionario de Medicina, 2010)
11. **PERIDONTITIS.**-Es una inflamación e infección de los ligamentos y huesos que sirven de soporte a los dientes. Ocurre cuando la inflamación o la infección de las encías (gingivitis) se deja que avance sin tratamiento. La infección e inflamación se diseminan desde las encías (gingival) hasta los ligamentos y el hueso que sirven de soporte a los dientes. (Tango, 2012)
12. **MÉTODO**-. es el procedimiento utilizado para llegar a un fin. (IMELI, 2010)

13. **SÍNTOMAS.-** Índice subjetivo de una enfermedad o cambio de estado tal como se percibe el paciente. (Mosby, Diccionario de Medicina, 2012)

14. **TRATAMIENTO.-**Cuidado de atenciones prestadas a un paciente al objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morboso o lesión traumática. (Mosby, Diccionario de Medicina, 2010)

15. **TRAUMATISMO**-. Lesión producida por una acción violenta o por introducción del organismo de una sustancia toxica. (Mosby, Diccionario de Medicina, 2010)

16. **TÉCNICA-.** Conjunto de procedimientos que se emplean en una ciencia o arte

ANEXOS: FOTOS

FOTO 1. Diagnóstico Bucal a los Estudiantes UNL.

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

FOTO 2. Diagnóstico Bucal a los Estudiantes UNL.

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 3. Diagnóstico Bucal a los Estudiantes UNL.

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 4. Diagnóstico Bucal a los Estudiantes UNL.

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

FOTO 5. Diagnóstico Bucal a los Estudiantes UNL

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 6. Llenado de las Historias Clínicas.

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 7: Llenado de las historias clínicas.

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 8: Materiales utilizados para la realización de los diagnósticos correspondiente.

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

FOTO 9: Instalaciones de la Universidad Nacional de Loja

Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

INDICE

Portada I

Certificación II

Autoría III

Carta de autorización IV

Agradecimiento V

Dedicatoria VI

1. Título 7

2. Resumen en castellano y traducido en inglés 13

3. Introducción 10

CAPITULO I

4. PERDIDA DENTAL

1.1 Que es la pérdida Dental 13

1.2 Causas de la pérdida Dental 13

1.1.1Ausencia Congénita 13

1.1.2 Traumatismos 14

1.1.3 Enfermedades Dentales 15

1.3 Mala Higiene Oral 15

1.4 Placa Bacteriana 16

1.5 Cálculo Dental 16

1.5.1 Cálculo Supragingival 17

1.5.2 Cálculo Subgingival 17

1.6 Alimentación Inadecuada 18

1.7 Hábitos Incorrectos 18

1.7.1Succión Digital 18

1.7.2Respiración Bucal 19
1.7.3 Deglución Atípica 19
1.7.4 Interposición Lingual 20

CAPITULO II

HIGIENE DENTAL

2.1 Concepto de Salud Oral 21
2.2 Índice de Higiene Oral 21
2.2.1 Procedimiento 22
2.2.2 Parámetro IHOS 22
2.3 Hábitos de higiene Oral 22
2.4 Eficiencia del cepillado dental 23
2.5 Método de Cepillado Dental 23
2.6 Método Natural de Cepillado Dental 24
2.6.1TécnicaHorizontal 24
2.6.2 Técnica de Fones 25
2.6.3 Técnica Leonard 25
2.6.4 Técnica de Stillman 25
2.6.5 Técnica Charters 26
2.6.6 Técnica Bass 26
2.7 Método de Cepillado Modificado 27
2.8 Tiempo frecuencia de Cepillado dental 28
2.9 Procedimiento de Cepillado dental 28
2.10 Secuencia de cepillado 29
2.11 Hilo dental 29
2.11.1 Uso de Hilo Dental 30
2.12 Enjuague Bucal 30
2.12.1 Uso del Enjugue Bucal 31
2.13 Vistas Dentales 31
2.14 Flúor 32

2.14.1 Formas de aplicación del Flúor 32

5. Materiales y Métodos. 33

6. Resultados. 36

7. Discusiones 60

8. Conclusiones 62

9. Resultados. 64

10. Bibliografía 65

11. Anexos 69

INDICE DE GRÁFICOS

FOTO N: 1 Pérdida Dental 7

FOTO N: 2 Ausencia Congénita 8

FOTO N: 3 Enfermedad Periodontal 9

FOTO N: 4 Placa Bacteriana 10

FOTO N: 5 Cálculo Dental 10

FOTO N: 6 Respiración Bucal 11

FOTO N: 7 Salud Oral 14

FOTO N: 8 Método natural de cepillado Dental 17

FOTO N: 9 Técnica Horizontal 17

FOTO N: 10 Técnica de Fones 18

FOTO N: 11 Enjuague Bucal 21