



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2004 – 2006



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**

**HÁBITOS Y CONOCIMIENTOS DE HIGIENE BUCODENTAL DE
LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA A LA CLÍNICA PERIFÉRICA NO. 1 DEL IHSS,
TEGUCIGALPA, PRIMER TRIMESTRE 2006.**

**AUTORA: JESSICA LORENA RIVAS MIDENCE
TUTOR: MSC. MANUEL DE JESÚS MARTÍNEZ**

Managua, Nicaragua

Mayo 2006

ÍNDICE

Resumen	<i>i</i>
Dedicatoria	<i>ii</i>
Agradecimiento	<i>iii</i>
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA	8
VII. DISEÑO METODOLOGICO	39
VIII. RESULTADOS	43
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	48
X. CONCLUSIONES	55
XI. RECOMENDACIONES	56
XII. BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	

DEDICATORIA

A Dios:

Divino hacedor del Universo, con su presencia siempre ha brindado fe y fortaleza, en toda la dimensión de mi vida.

Gracias por permitirme finalizar esta etapa de mi vida

A mi Madre:

Que en todas las fases de mi vida me ha apoyado, dándome ejemplo de dignidad, consejo y disciplina en su trabajo, como base para mi profesionalización.

A mi hijo:

Manuel Soriano Rivas, porque mi superación profesional sirva de ejemplo y guía para la valoración del conocimiento como una vía para la superación humana.

A Marco Moreno

Por su incondicional apoyo, comprensión, solidaridad, amor y paciencia para poder lograr este nuevo triunfo profesional.

AGRADECIMIENTO

- A mis compañeros y compañeras de estudio en general y en particular a: **Rosibel, Fabio, Héctor, Tania y Merlín**, por el alto espíritu de comprensión, por haber permitido la libre confrontación de ideas y opiniones entre nosotros, como base fundamental de la democracia participativa.
- A mis Maestros: **Lic. Manuel Martínez, Dr. Miguel Orozco, Dra. Martha González, MSc. Alice Pineda, MSc. Alma Lila Pastora, Dr. Guillermo González y Dr. Alejandro Solís**, Maestros que me proporcionaron conocimientos en esta fase, tanto en las clases magistrales como en la investigación sistemática, dándome la base fundamental del conocimiento para la superación de esta investigación de la profesionalización.
- A **Hilda Guzmán**, por su apoyo al haberme ayudado en todas las bases del desarrollo pragmático en la investigación virtual y en el marco de sistematización del conocimiento apropiado.
- A los **Pacientes** que participaron en el estudio, por regalarme parte de su tiempo y colaboración para realizar esta investigación.

I. INTRODUCCIÓN

Una buena higiene bucal se considera ahora el principal factor responsable de la prevención de enfermedades bucodentales, lo que implica: cepillado diario, el uso del hilo dental, uso de pastas, una alimentación sana y la revisión periódica al dentista (1).

Enfermedades bucales como la caries, periodontopatías y los cánceres orofaríngeos son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, ya que son particularmente altas en los grupos de poblaciones desfavorecidas y pobres tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados y una mala salud bucodental produce profundos efectos en la salud y en la calidad de vida en general (2).

Estas afecciones pueden interferir con funciones vitales como respirar, comer, tragar, hablar y con actividades de la vida diaria tales como trabajar, estudiar y con la interacción familiar (3).

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

Un buen número de estudios socio epidemiológicos muestran el importante papel que tienen los factores socio comportamentales y ambientales en la salud bucodental. Además de las malas condiciones de vida, los principales factores de riesgo guardan relación con el modo de vida (una dieta, nutrición e higiene bucodental deficientes, y el consumo de tabaco y alcohol) y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucodental.

Varias enfermedades bucodentales se asocian a enfermedades crónicas no transmisibles, debido principalmente a la existencia de factores de riesgo comunes (4).

Con este estudio realizado en el Departamento de Odontología de la Clínica Periférica No. 1 del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), en el Primer Trimestre de 2006, con los pacientes que acuden por primera vez a consulta odontológica, se da a conocer los hábitos y conocimientos de higiene bucodental que influyen para la aparición de las enfermedades bucodentales, así como dirigir la información y enseñanzas al paciente en relación a como se producen y cómo controlarlas, ya que la mayoría de las enfermedades bucodentales pueden

ser controlados con actividades preventivas primarias y secundarias (diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, por lo que la odontología debe hacer énfasis y resaltar la importancia de la salud integral del individuo.

RESUMEN

El presente es un estudio descriptivo que se realizó en una Clínica del Departamento de Odontología de la Periférica No. 1 del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de Tegucigalpa, cuya finalidad fue identificar los hábitos y conocimientos sobre higiene buco dental que tienen los pacientes que acudieron por primera vez por consulta odontológica, cuya muestra fue calculada en el paquete estadístico Epi-Info versión 3.3.2, resultando una muestra de 150 pacientes a los cuales se les realizó una serie de preguntas en una entrevista bien estructurada, además se les realizó el examen clínico odontológico para verificar la presencia de lesiones bucodentales, dicho estudio fue realizado en el primer trimestre del año 2006 y los principales hallazgos fueron: el 33% de los pacientes son de 40 – 50 años, con predominio del sexo femenino y procedentes de barrios urbano-marginales de Tegucigalpa.

Dentro de los antecedentes patológicos, tanto personales como familiares, las enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, artritis y caries dentales, fueron las más comunes, además presentaron hábitos alimenticios inadecuados y tóxicos, ya que su alimentación es basada en carbohidratos, grasas y azúcares y además son fumadores; la mayoría recibe un salario mínimo debido a que sus trabajos son de oficios no calificados.

Además, la higiene bucal era deficiente porque no saben en un 70% cómo cepillarse sus dientes, porque utilizan cerdas duras, porque no utilizan el hilo dental (65%), no utilizan el enjuague bucal (75%) y además visitan al odontólogo solo cuando lo ameritan (85%) y además no tienen ninguna información sobre cómo y porqué se producen las enfermedades bucodentales, por lo que las caries se presentaron en el 100% y las enfermedades periodontales en un 30%, por lo que este estudio tiene como objetivo fortalecer el enfoque preventivo para así disminuir la incidencia de dichas lesiones bucodentales.

II. ANTECEDENTES

En Honduras el estudio sobre los hábitos y conocimientos de higiene bucodental en la población no ha sido una prioridad, en ningún sector ni público ni privado. Los estudios realizados se limitan a la incidencia de caries dental.

En 1998 se realizó una investigación con estudiantes de secundaria en la ciudad de Tegucigalpa, en donde el 100% de los estudiantes de seis institutos de educación secundaria y pública, presentaron una historia de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas (CPO) de 9.04, es decir, que de las 28 piezas dentarias presentes 9.04 han tenido o tienen historia de caries dental, y los valores promedios de los rubros del CPO fueron: 82% cariados, 14% obturados y un 4% perdidos (5).

En Honduras se encontró signos de gingivitis en 84.3% de la población y señales de periodontitis en el 8.1% de la misma (6).

A nivel centroamericano: en El Salvador, en septiembre del 2000, se realizó un estudio epidemiológico de caries y fluorosis dental en escolares en centros de enseñanza públicos, los resultados fueron que 71.8% de los escolares a los 6 años tenían caries, disminuyendo hasta un 43.6% a los 12 años (7).

En México, el 99% de la población ha tenido caries dental y esta enfermedad es la causa más importante de la pérdida dental antes de los 35 años de edad.

En Argentina, a los 50 años de edad, una de cada cinco personas ha perdido los dientes del arca superior. Chile se encontró el 90% de caries entre la población en general (8).

En Estados Unidos, se han realizado estudios que demuestran que las enfermedades periodontales afectan el 14% de los adultos entre 45 - 54 años, y que tienen relación con el ingreso, edad, sexo, raza ó estado clínico de las personas y con la falta de información o la capacidad de enterarse de las medidas de promoción de la salud oral (9).

En Europa, los españoles ocupan el quinto puesto con un 69% en limpieza bucodental. Los italianos son los que mejor limpieza tienen en un 80% por cepillarse dos veces al día, seguido de los suecos. Las caries, las pérdidas de piezas y los problemas de encías son los problemas odontológicos que más preocupa a los europeos (10).

III. JUSTIFICACIÓN

En el sistema sanitario odontológico de Honduras tanto privado como público y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), no implementa acciones preventivas que ayuden a mejorar el estado de salud de los pacientes y a la reducción de las incidencias de las enfermedades bucodentales de la población en general.

Este estudio tuvo como finalidad descubrir los hábitos y conocimientos que tienen los pacientes para poder brindarles información, orientación y capacitación sobre cómo poder mejorar sus hábitos tanto alimenticios como de higiene bucal, para poder prevenir cualquier tipo de enfermedad bucodental.

La cantidad de pacientes que acuden por consulta odontológica al I.H.S.S. de Tegucigalpa, semanalmente son 1,340 pacientes adultos (11), presentando caries y enfermedades periodontales debido a la mala higiene, a la cultura alimenticia y por el nivel socioeconómico y educativo de nuestro país, lo que demuestra que estas enfermedades tienen alta incidencia en la población adulta, y lo demuestra la demanda de atención de estos pacientes.

El enfoque que prevalece es el curativo, dejando a un lado el enfoque preventivo que es básico para mantener un estado de salud bucal en óptimas condiciones. Además, este estudio es de relevancia para los directivos del I.H.S.S., Jefe del Departamento, Secretaría de Salud Pública, odontólogos y salubristas del país y con ello lograr una atención con un enfoque integral para el paciente y así mejorar su calidad de vida.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para este estudio se planteó la siguiente pregunta general:

¿Cuáles son los hábitos y conocimientos de higiene buco dental de los pacientes que acuden por primera vez a consulta odontológica a la Clínica Periférica N°.1 del IHSS de Tegucigalpa, primer trimestre, 2006?

De forma específica el estudio respondió a:

- 1 ¿Cuáles son las características demográficas de los pacientes en estudio?
- 2 ¿Cuáles son los factores predisponentes para la aparición de las enfermedades buco-dentales?
- 3 ¿Cuáles son los hábitos alimenticios y tóxicos que presentan los pacientes en estudio?
- 4 ¿Cómo es la higiene bucal y los conocimientos de los pacientes que acuden a la clínica periférica # 1 del I.H.S.S.?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Analizar los hábitos y conocimientos de higiene buco dental de los pacientes que acuden por primera vez a consulta odontológica a la Clínica Periférica N°.1 del IHSS de Tegucigalpa, primer trimestre, 2006.

5.2. Objetivos Específicos

1. Describir las características demográficas de los pacientes en estudio.
2. Identificar los factores predisponentes para las enfermedades buco-dentales de los pacientes en estudio.
3. Describir los hábitos alimenticios y tóxicos que tienen los pacientes estudiados.
4. Evaluar la higiene y los conocimientos de los pacientes que acuden a la Clínica Periférica No. 1 del IHSS.

VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA

Salud bucal es el resultado de la interacción de todos los factores económicos, sociales, biológicos y culturales que proporcionan una permanencia más prolongada de los órganos dentales en el individuo y que además se sustente en una actitud de prevención, nutrición, higiene y armonía fisiológica que permite la mejor función con los órganos involucrados en la digestión (12).

6.1. Antecedentes históricos de la odontología

Se consideran problemas de salud pública en el mundo los siguientes: caries dentales y las enfermedades periodontales, siendo las más frecuentes en la población y son enfermedades que se pueden evitar mediante medidas preventivas en el hogar y en el consultorio.

Uno de los objetivos primordiales de un programa de odontología preventiva, consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal, por tanto, es necesario enseñar al paciente a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos.

En 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS), informó que sólo una de cada 10 personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados.

Actualmente, la OMS estima que 5,000 millones de personas de todo el mundo presentan caries y la mayoría de niños gingivitis y son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, especialmente las comunidades más pobres (13). Así mismo, según la OMS, la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales, en los países industrializados, los estudios realizados muestran que el tabaquismo es un factor de riesgo clave. En este informe se establecen los principales componentes y prioridades del Programa Mundial de Salud Buco-dental. Además, de abordar los factores de riesgo, modificables como los hábitos de higiene buco-dental, consumo de azúcares, falta de calcio y de micronutrientes y tabaquismo, una parte esencial de la estrategia se ocupa de los principales determinantes socio culturales, como la pobreza, bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud buco-dental además, la OMS considera que los sistemas de salud buco-dental deben estar orientados hacia los servicios de atención primaria de

salud y de prevención (14).

La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima. Las enfermedades dentales provocan problemas económicos y sociales debido a que los tratamientos son costosos y que el dolor de dientes causa bajas en la escuela (niños) como en el trabajo (adultos) (15).

6.2. Placa dentobacteriana

La placa dental está formada por muchos microbios. Cuando crece sobre la superficie del esmalte forma una masa sarrosa, sucia, que se colorea con la edad y produce un ácido que destruye el esmalte de los dientes, formando la caries y enfermando las encías. Esta masa sucia es removida por un correcto cepillado de los dientes. La higiene dental sirve para eliminar los restos de alimentos que hemos comido y desorganizar a las bacterias que podrían atacar a los dientes y también para evitar enfermedades de las encías (16). Hay que recordar que, para lavarnos los dientes, no podemos ir de prisa y corriendo, ya que tenemos que seguir unos pasos determinados; en total lo podemos hacer en tres minutos (17).

En una boca sana puede haber hasta 500 especies diferentes de bacterias. Estas bacterias producen constantemente la placa dental o biofilm, una película incolora pegajosa y dura que se adhiere a los dientes y acaba produciendo problemas de salud. El sarro representa un estadio más avanzado, ya que en este caso los residuos contenidos en el biofilm ya están calcificados.

La falta de cepillado y empleo de la seda dental para mantener limpios los dientes, permite el crecimiento de la placa dental sobre la línea de las encías, lo que crea un entorno favorable para la acumulación de bacterias en el espacio entre las encías y los dientes. Esta infección de las encías se conoce con el nombre de gingivitis. La gingivitis puede producir una infección de las encías más grave llamada periodontitis.

Normalmente, las bacterias de la boca no penetran en la sangre. Sin embargo los tratamientos dentales invasivos, incluso a veces el cepillado y el empleo de la seda dental si se padece enfermedad de las encías proporciona una puerta de entrada para estos microorganismos. A largo plazo, la enfermedad de las encías produce la pérdida de los dientes. (18)

La placa dentobacteriana es una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, la encía, la lengua y otras superficies bucales (incluso las prótesis). Se forma por falta de higiene bucal adecuada, y es muy importante en la etiología de la caries dental, la enfermedad periodontal y la formación del tártaro. También es posible definirla como una película transparente e incolora adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descarnadas dentro de una matriz de mucoproteínas y mucopolisacáridos, si es delgada se visualiza por medio de un colorante que la pigmente o con uno fluorescente que se ilumina con luz ultravioleta (19).

6.3. PH de la cavidad bucal

Varía entre 6.5 y 7.5 y es óptimo para el desarrollo de microorganismos. Las bebidas o alimentos dulces lo disminuyen; en cambio, las proteínas lo aumentan (20).

La incidencia de cálculo, gingivitis y enfermedades periodontales aumentan con la edad. El cálculo es placa dental adherida que ha sufrido mineralización. La placa blanda se endurece por la precipitación de sales minerales, el cálculo puede ser supragingival, se refiere al cálculo coronal al margen gingival. También se ha llamado cálculo salival y el subgingival sérico, este se refiere al cálculo que está debajo de la cresta de la encía marginal en la suposición de que el primero se deriva de la saliva y el segundo del suero sanguíneo, por lo general aparecen durante los primeros años de la pubertad y aumentan con la edad, el tipo supragingival es más frecuente, el cálculo subgingival es ligeramente menos frecuente que el supragingival, pero aparece en 47 a 100% de las personas después de los 40 años. Una buena higiene bucal y el uso de flúor se consideran ahora los principales factores responsables de la prevención de caries y el fomento de una buena salud bucal (21).

En los últimos años, ha habido una reducción en la incidencia de caries en la mayoría de los países europeos, debido a un aumento de la higiene bucal incluyendo el cepillado diario y el

uso del hilo dental para quitar la placa, así como el uso de pastas de dientes con flúor combinado con revisiones dentales periódicas parecen ser los responsables de la mejoría (22).

6.4. Higiene bucodental

La placa dentobacteriana constituye un factor causal importante de las dos enfermedades dentales más frecuentes: caries y periodontopatías. Por eso es fundamental eliminarla a través de los siguientes métodos:

1. Cepillado de dientes, encías y lengua.
2. Uso de medios auxiliares: hilo dental, cepillos interdentes, palillos, estimulador interdental e irrigador bucal.
3. Pasta dental o dentífrico.
4. Clorhexidina.

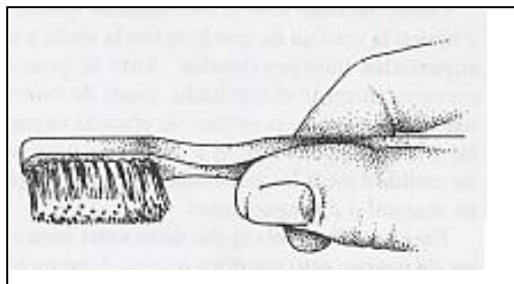
- Cepillado

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

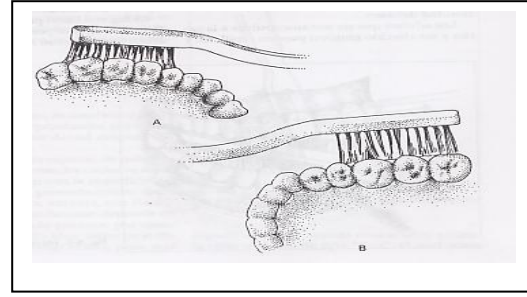
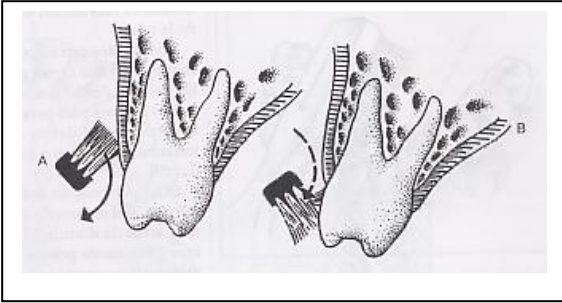
1. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
3. Estimular los tejidos gingivales.
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

6.5. Técnica circular o rotacional

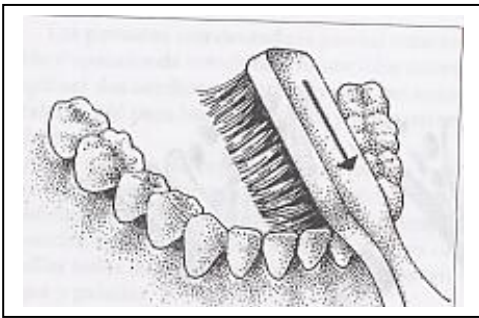
Para mayor eficacia del cepillado, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo; las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud, como si se barriera con una escoba. De ese modo, las cerdas pasan por la encía, siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario cuidar que pasen por los espacios interproximales.



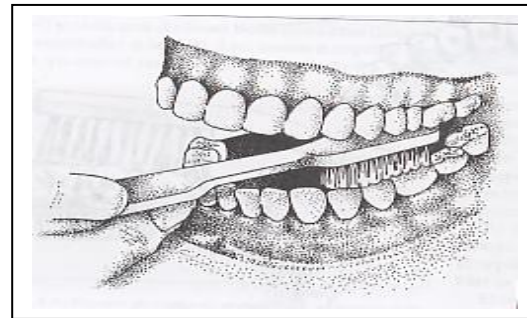
Manera de sostener el cepillo en la técnica circular o rotacional



En las superficies linguales de los dientes anteriores, el cepillo debe tomarse de manera vertical. Las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo.

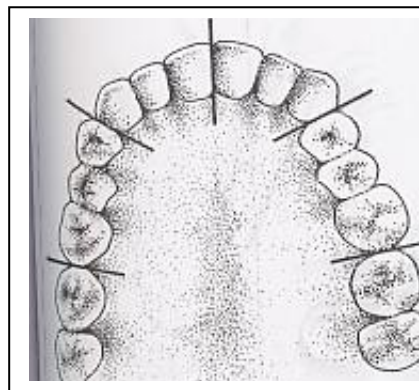


En la limpieza de las áreas anteriores linguales, el cepillo debe tomarse de manera vertical



Método de golpeteo para el cepillado oclusal

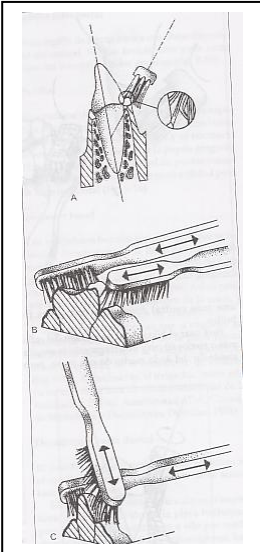
Si cada arcada se divide en seis zonas (dos posteriores, dos medias y dos anteriores) y cada una de éstas tiene dos caras (lingual y vestibular o labial). Las zonas a cepillar son 24, ya que se recomienda realizar de 8 a 12 cepilladas por zona, lo cual hace un total de 192 a 288 cepilladas.



División de la arcada en seis zonas de cepillado.

- Técnica de Bass

Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. El cepillo se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila (maxilar superior) y hacia abajo en la mandíbula (maxilar inferior) formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 11 a 15 segundos por área. Si al cabo de esos movimientos el cepillo se desliza en dirección oclusal para limpiar las caras (vestibulares o linguales) de los dientes, se denomina método de Bass modificado. El ruido por frotamiento de las cerdas indica presión excesiva de la vibración o movimientos desmesurados.

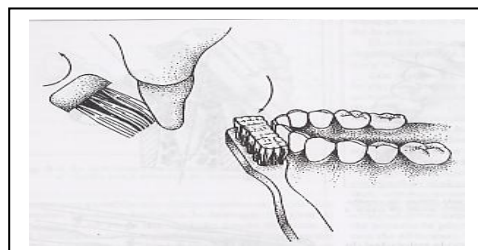


Movimientos del cepillo en la técnica de Bass

El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de los premolares y molares; pero se sostiene en sentido vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores, Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores.

- Técnica de Charters

El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo, se realizan, movimientos vibratorios en los espacios interproximales.



Técnica de Charters

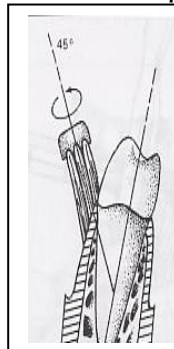
Al cepillar las superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas.

El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores.

La Técnica de Charters se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.

-Técnica de Stillman

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.



Método de
cepillado de
Stillman

- Cepillado de la lengua

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

- Frecuencia del cepillado

Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir, el cepillado debe hacerse después de cada comida y antes de dormir. El cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival, algunos colorantes vegetales son útiles para comprobar si el cepillado fue correcto.

Hay también comprimidos que se disuelven en la saliva durante 20 segundos y se distribuyen con la lengua por las superficies dentales, espacios interdentes y encías.

La higiene bucal previa a la erupción de los dientes es muy importante, así que los rodetes deben limpiarse con suavidad. Carvalho y colaboradores (1989) investigaron la velocidad de formación de placa dentobacteriana y caries en las superficies oclusales de molares en erupción. De acuerdo con sus hallazgos, los dientes con erupción parcial acumulan placa dentobacteriana 5 a 10 veces más que los dientes que ya completaron ese proceso. Por tanto, el control debe iniciarse desde que erupcionan los rodetes en el niño. En los niños menores de un año, la higiene bucal se realiza con un paño suave humedecido con agua.

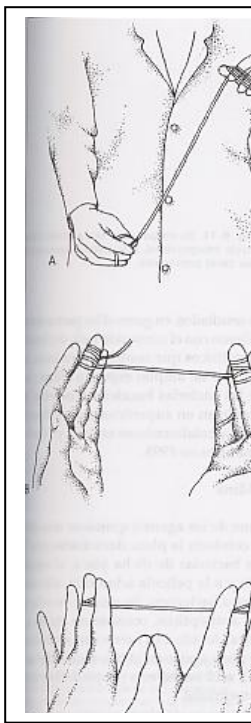
- Hilo dental

El cepillado de los dientes es insuficiente para limpiar los espacios interproximales, por lo cual es necesario utilizar hilo dental después del mismo.

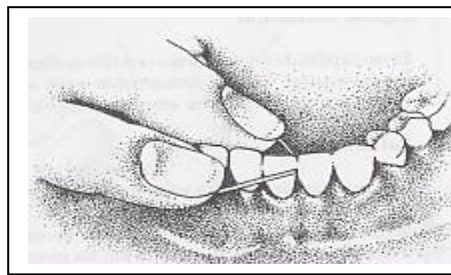
El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta.

Para usar el hilo dental, se extraen del rollo más o menos 60 cm. y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental. También es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 cm. de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos.

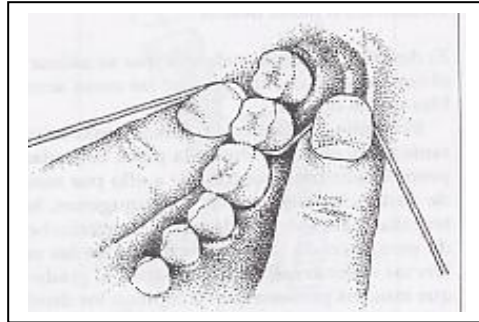
El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulolingual. A continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dos índices.



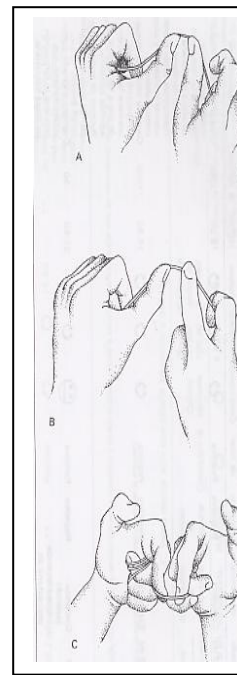
Preparación del hilo dental. Se sacan del rollo aproximadamente 60 cm de hilo, este se enrolla alrededor de los dedos medios, entre los dedos se dejan uno 7 u 8 cm de hilo.



Se introduce el hilo a través del espacio interproximal, aplicándolo contra una de las caras proximales.



El hilo se pasa alrededor de la cara proximal



Manera de dirigir el hilo dental. Para los dientes superiores el hilo se dirige con los dos dedos pulgares (A) y el índice por el lingual (B). Para los dientes inferiores el hilo se guía con los dos dedos índices (C).

- Palillos

Hay palillos de madera para limpiar los espacios interproximales, pero sólo se utilizan cuando dichos espacios son amplios y es necesario tener cuidado de no lesionar la papila gingival.

- Dentífrico o pasta dental

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes.

El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además, el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias saporíferas, como la menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental.

- Clorhexidina

Esta es uno de los agentes químicos más eficaces para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, al esmalte del diente y a la película adquirida,

alterando el citoplasma bacteriano. Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse a la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas; esta propiedad se denomina sustentividad.

El digluconato de clorhexidina en solución alcohólica al 0.12% se utiliza cada 12 horas encolutorio o enjuagatorio durante 30 a 60 segundos, inmediatamente después de la limpieza bucal.

El paciente debe saber que no debe deglutir la solución ni consumir líquidos o alimentos durante los 30 minutos siguientes para lograr su máxima eficacia.

La boca es una de las partes más multifuncionales del cuerpo, sirve para hablar, comer, respirar, besar, chupar, estornudar y sonreír. Tener una boca sana pasa por cuidar los dientes, encías, lengua y glándulas salivares (23).

6.6. Cuidados De La Boca:

a) Hábitos rutinarios: Es recomendable:

- Cepillarse los dientes después de cada comida con un dentífrico fluorado y emplear la seda dental a diario.
- Utilizar un cepillo de cerdas blandas o medias de material sintético preferiblemente de tynex con puntas redondeadas y pulidas.
- Los cepillos eléctricos son muy eficaces porque realizan movimientos rotatorios de limpieza que garantizan la eliminación de la placa.
- Hay que reemplazar el cepillo cada 3 meses.
- Los cepillos interproximales son muy eficaces para remover los residuos alimentarios y la placa del espacio interdental.
- La seda dental se emplea pasándola suavemente entre los dientes, es preciso colocarla ante la superficie frontal y posterior de cada diente, de manera que la seda forme una "C", como si rodeara al diente. Hay que desplazar la seda desde la línea de la encía hasta la punta del diente para eliminar el sarro. Hay que recordar pasar la seda por las caras posteriores de los dientes y emplear un trozo de seda limpio para cada diente.
- Concluir la higiene con un enjuague bucal o colutorio. Es fundamental para reducir el

volumen de la placa.

- Evitar el tabaco y alimentarse de forma sana y equilibrada.
- Acudir al dentista una vez al año.
- Si se padece diabetes, controlar más los niveles de glucemia (azúcar en la sangre)
- Evitar los medicamentos que puedan deteriorar la salud oral
- Hacerse una revisión dental antes de iniciar un tratamiento contra el cáncer

b) Alimentación y salud dental:

Una higiene buco dental escasa o incorrecta aumenta el tiempo en el que están actuando las bacterias (transformando azúcares en ácidos que pueden destruir el esmalte) y la predisposición a la acumulación de sarro, a la producción de caries y a la pérdida de dientes. De manera que las recomendaciones alimentarias que se relacionan con una buena salud dental son las siguientes:

- Alimentación saludable, variada y equilibrada. Cada día hay que comer de todos y cada uno de los siguientes alimentos: pan y cereales, fruta fresca, verduras y hortalizas, carne, pollo y pescado, leche, queso y yogur.
- Limitar el número de entre comidas. Cada vez que se comen alimentos con azúcar, los dientes son atacados por los ácidos durante veinte minutos o más.
- Si se come entre comidas hay que elegir alimentos nutritivos tales como: queso, vegetales crudos, yogur o fruta.
- Los alimentos que se consumen como parte de la comida causan menos perjuicios, ya que se segrega más saliva durante una comida, lo que ayuda a lavar los alimentos en la boca y a reducir los efectos de los ácidos.
- Hay que limpiarse los dientes después de las comidas para reducir el efecto de los ácidos sobre los dientes (24).

Otros problemas que puede ocasionar una incorrecta higiene de la boca son caries, gingivitis o infecciones, las patologías más frecuentes de la boca. Para que sea efectiva, la limpieza bucal se debe realizar de la forma y con las herramientas adecuadas. Unos minutos al día de dedicación aseguran una dentadura sana y bonita para toda la vida.

Es conveniente que las visitas al dentista se realicen de forma rutinaria desde los 3 años, ya que a esa edad ya se ha completado la erupción primaria de los dientes. A partir de esta edad los controles rutinarios son necesarios cada 6 meses o, al menos, una vez al año, y siempre que detecte algún tipo de problema como úlceras, caries, mal aliento, sangrado de encía, movilidad dentaria, alteraciones de la saliva...

La alimentación es de gran importancia para la boca; los azúcares cariogénicos (presentes en caramelos y dulces) la dañan, mientras que las verduras limpian y fortalecen la salud bucodental. La leche y los derivados lácteos aportan el calcio necesario para los dientes en la fase de formación de éstos.

No fuerce su dentadura partiendo frutos secos, y evite tomar bebidas o alimentos excesivamente fríos o calientes.

El tabaco perjudica la salud de la boca, ya que contribuye a empeorar la enfermedad de las encías. Una adecuada higiene bucodental desde la infancia deviene fundamental para conservar la dentadura, encías y boca en buenas condiciones. El abecé de los cuidados de la boca debe incluir el cepillado diario, el uso de hilo dental, una revisión periódica por parte del dentista y el control de la dieta (limitando el consumo de dulces). La labor de los progenitores es primordial para transmitir unos correctos hábitos de higiene bucodental a los niños: hay que enseñarles cómo hacerlo y ser constantes en el empeño. Atrás quedó la política sanitaria basada en la extracción y la mutilación; hoy se apuesta por la prevención, aunque queda mucho por hacer: algo más de la mitad de los escolares de 14 años y más del 90% de los adultos tienen caries. Siendo regulares con el cepillado y el hilo dental se elimina la placa dental y el sarro incipiente (placa endurecida), pero cuando el sarro se ha formado y se encuentra en la base del diente la única forma de eliminarlo es la limpieza efectuada por el dentista. Los enjuagues y soluciones antisépticas completan la higiene bucodental pero de ninguna forma sustituye al cepillado (25).

6.7. Hábito de fumar

Fumar puede ser causa de cáncer en la boca. Los fumadores son más propensos a tener enfermedades de las encías, manchas en los dientes, en la lengua y mal aliento.

Los cigarrillos hacen mucho daño a la salud. Aproximadamente el 75% de todos los cánceres orales y faríngeos son atribuidos al uso de tabaco en sus diferentes formas y usos. Aquellos que fuman tabaco son susceptibles al cáncer en zonas donde las sustancias producidas por la combustión del tabaco entran en contacto con la mucosa. Otro factor de riesgo en el cáncer oral y faríngeo es el uso excesivo de bebidas alcohólicas, sobretodo aquellas con alto contenido alcohólico.

Más aún, el uso combinado de alcohol y tabaco tiene un efecto potenciador, en otras palabras, personas que usan las dos sustancias tienen un riesgo de cáncer oral y faríngeo mucho mayor que si solo utilizaran tabaco ó solo bebieran bebidas alcohólicas (26). Finalmente, es necesario enfatizar que el cáncer oral y faríngeo puede ser prevenido promoviendo la abstención del uso de tabaco en todas sus formas y la disminución en el consumo de alcohol, especialmente las bebidas de alto contenido alcohólico (27).

6.8. Caries dental

La caries dental es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad. Constituye una de las causas principales de pérdida dental y, además, puede predisponer a otras enfermedades.

La caries dental es importante por las siguientes razones:

1. Es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la humanidad.
2. Su tratamiento es costoso e implica pérdida de tiempo.
3. En grados avanzados produce dolor muy intenso.
4. Los dientes sanos son indispensables para la buena digestión y, por consiguiente la caries puede dificultar la masticación.
5. La perdida de los dientes puede afectar la fonación
6. Altera la sonrisa y la morfología del rostro, pues la cara adquiere la fase típica de los ancianos desdentados.
7. Puede originar procesos sistémicos, como la endocarditis bacteriana subaguda.

- Definiciones de caries dental:

El término "caries" proviene del latín, significa descomponerse o echarse a perder y caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes.

Para Williams y Elliot, la caries es: ...una enfermedad de origen bacteriano que es principalmente una afección de los tejidos dentales duros y cuya etiología es multifactorial.

Katz dice: ... es una enfermedad caracterizada por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que traen como resultado la destrucción final del diente si el proceso avanza sin restricción.

López Jordi la define como:... un proceso biológico, dinámico, de desmineralización-rem mineralización debido a que en sus primeros estadios la progresión de la enfermedad se puede controlar e incluso hacerla reversible (28).

Por último, la definición de caries dental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: proceso localizado de origen multifactorial que inicia después de la erupción dentaria determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad (29).

Es una enfermedad bacteriana que debido a la mala higiene bucal produce daños en la estructura de la pieza dental, dañando el esmalte y posteriormente la dentina (30).

- Historia natural de la caries dental (Leavell y Clarck)

Factores del huésped

Edad. Al parecer, la susceptibilidad a la caries es igual para todos, pero es mayor antes de los 20 años y principalmente durante la infancia. Después, empieza a disminuir.

Sexo. Los dientes aparecen primero en las mujeres, lo cual puede condicionar mayor exposición al riesgo.

Raza. En países donde se han realizado estudios, como en Estados Unidos, se ha observado diferencias raciales dentro de la misma área de una comunidad que puedan estar relacionadas con aspectos socioculturales. La incidencia de caries es más baja en personas de raza negra y china.

Integridad anatomofunciona. La caries es más frecuente en surcos y fosetas profundos, y en dientes más alejados de los conductos salivales. El desgaste proximal excesivo y la malposición dental propician la caries; lo mismo hace cualquier enfermedad sistemática que afecte el metabolismo del diente.

Ciertas características de la saliva, como consistencia física, viscosidad y cantidad, entre otras, tienen relación con la aparición de caries. En animales de laboratorio se ha demostrado que la extirpación de las glándulas salivales aumenta el número de caries.

Estado nutricional. La vitamina D es esencial para absorber el calcio y el fósforo de los alimentos. La carencia de estos elementos en el organismo conduce a la descalcificación.

Aspecto psicológico. La tensión emocional disminuye la cantidad de saliva y puede reducir la resistencia a las infecciones.

Hábitos. Los hábitos por lo general se relacionan con el nivel cultural y los que propician la caries son: dieta rica en sacarosa, ingestión de golosinas entre comidas y falta de higiene bucal.

El aporte de flúor en el agua de consumo, la sal y otros alimentos aumenta la resistencia a la caries.

6.9. Factores asociados a la caries

- Factores del agente: Muchos de los microorganismos causantes de la caries todavía se desconocen, pero se sabe que los estreptococos (sobre todo *Streptococcus mutans*) y *Lactobacillus acidophilus* tienen una estrecha relación con el desarrollo de la placa dentobacteriana.

- Factores del ambiente

El tipo de agua de consumo y la calidad del suelo influyen en la incidencia mayor o menor de caries, dependiendo de la cantidad de flúor que contengan.

El desarrollo agrícola e industrial se vincula con las condiciones socioeconómicas de la comunidad, las cuales a su vez influyen en el nivel de vida y, por consiguiente, también se relacionan con la aparición de caries.

- Clasificación de caries dental

Las caries se clasifican de diversos modos, el más frecuente es el que se basa en la ubicación de la lesión en el diente. El proceso se presenta en dos localizaciones principales: las fisuras y fosa oclurales, superficies lisas de las caras vestibulares, lingual e interproximal, y en la zona contigua apical al área de contacto (31). También de acuerdo a la rapidez del proceso como caries dental aguda y caries dental crónica, por otra parte, si la lesión es nueva y ataca a una superficie previamente intacta o si se presentan alrededor de los márgenes de una restauración caries primaria (virgen) y caries secundaria (recurrente) (32).

- La caries y las enfermedades periodontales en América latina y el Caribe

El Programa de Salud Bucodental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado una estrategia mundial de salud bucodental como componente de la atención primaria de salud. En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoya los planes nacionales de salud bucodental basados en metas mensurables, que se alcanzarán principalmente por medio de la adopción de medidas preventivas.

La caries dental es una enfermedad infecciosa que se produce en todo el mundo en distinto grado. Si no se trata, puede convertirse en el motivo principal de pérdida de dientes. La causa de esta enfermedad son las bacterias (microorganismos) que proliferan en la placa dental (la película de desechos que se forma sobre los dientes y las encías) y producen ácidos que desmineralizan (desintegran) el esmalte de los dientes.

En estudios epidemiológicos (en los que se examinan las causas de los distintos grados en que las enfermedades afectan a diversas poblaciones y se observa la distribución de las enfermedades) de la caries en poblaciones con distintas características en su alimentación, se ha observado una relación entre el consumo de azúcar y la caries. Entre los factores de predicción de la caries se encuentran algunos de índole social, como la educación y el estado económico de los padres, y la frecuencia y regularidad de la ingestión de alimentos.

El aumento de la prevalencia de la caries dental que se ha observado en muchos países en desarrollo parece estar estrechamente relacionado con la urbanización y los cambios en la alimentación, como el aumento del consumo de bebidas gaseosas y azúcar.

Existe una estrecha relación entre la nutrición y, la salud bucodental que no se limita a la influencia del azúcar y, el almidón en la caries dental. La alimentación influye en el funcionamiento, el desarrollo y la maduración, de los tejidos, así como en la resistencia individual a las enfermedades.

En lo que atañe a la prevención de la caries, se ha comprobado la importancia del consumo de ciertos minerales, como calcio (que se encuentra en la leche descremada, el yogur, el brócoli, los frijoles y las verduras de hojas oscuras), fósforo (que se encuentra en la carne vacuna, de ave y de pescado, así como en los huevos, las nueces y los frijoles) y fluoruros (que se encuentran en el pescado de mar, el té y el agua fluorada). Además, ciertos quesos y otros productos lácteos neutralizan los ácidos y son beneficiosos para evitar la caries. Se ha comprobado que la caries dental afecta al 98% de la población general de América Latina y el Caribe.

La prevalencia de caries dental difiere incluso en una misma población. Por ejemplo, en los Estados Unidos la prevalencia general de caries en los niños de 5 a 17 años (hasta 1987) era del 50,1%; sin embargo, entre el 60% y el 75% del total correspondía al 20% de los escolares. Las clases económicas más bajas y las minorías raciales y étnicas tienen más caries dentales que el resto de la población estadounidense.

Las enfermedades periodontales, que se conocen comúnmente como gingivitis y periodontitis, son un grupo de infecciones que afectan a los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar (periodonto) igual que la caries dental, son causadas por bacterias que proliferan en la placa dental (microorganismos que causan enfermedades periodontales), en particular la placa subgingival (la que se oculta entre el diente y la encía). La enfermedad periodontal más común se llama periodontitis del adulto porque normalmente se inicia después de los treinta años.

La enfermedad progresa lentamente, de modo que, por lo general, no causa la pérdida de dientes. En estudios realizados en varios países se ha observado que un porcentaje relativamente pequeño de la población tiene enfermedades periodontales de progresión rápida. La mayoría tiene una enfermedad de progresión lenta con poca afección periodontal. En estos estudios se ha comprobado también que la gingivitis no siempre se convierte en periodontitis.

Los indicadores más comunes de las enfermedades periodontales son la gingivitis (inflamación de la encía, que se hincha, enrojece o sangra), formación de bolsas periodontales (profundización del espacio entre la encía y el diente), pérdida de la conexión (pérdida del tejido periodontal que sostiene a cada diente) y resorción del hueso (pérdida de la capa delgada de hueso que rodea y contiene al diente).

Las enfermedades periodontales disminuyen con el aumento de la higiene bucodental. Se ha comprobado que el hábito de fumar, por ejemplo, interviene en las génesis de esta enfermedad. Por ahora, las mejores medidas de prevención para reducir la carga de la enfermedad son el cepillado diario y el uso de seda dental (para reducir la placa), así como exámenes odontológicos regulares y profilaxis profesional.

En la subregión del Caribe, la frecuencia de la periodontitis juvenil es el doble que en los niños de los Estados Unidos. En estudios de adolescentes brasileños también se ha observado una prevalencia relativamente alta de periodontitis juvenil (1,3%) y prepuberal (1,8%), mientras que en Chile hay una prevalencia ligeramente mayor de periodontitis juvenil que en otras poblaciones (0,32% en comparación con 0,1% en Inglaterra, Finlandia y Suiza). México, Panamá y la República Dominicana también han notificado un gran porcentaje de niños y adultos con enfermedades periodontales avanzadas, que afectan al 30% de la población adulta.

El porcentaje de la población afectada por caries en Honduras (1985-1989) es de 98% de la población general (niños y adultos). La prevalencia de caries dental es de 8.0 (Dientes CPO a los 12 años de edad – cariados, perdidos y obturados) (32).

La caries dental se inicia con la destrucción del esmalte dentario, el cual va perdiendo su transparencia, volviéndose opaco y áspero. En su inicio no hay dolor, pero al avanzar, si no se trata por el dentista se produce alteración de la pulpa, dolor y se destruye el diente (34).

Los factores que intervienen son la dieta, el tejido dental y la presencia de microorganismos. De todos, la dieta es el más fácil de controlar, y hay un hábito fundamental que es el primer paso para prevenirla. Se trata sencillamente de lavarse correctamente los dientes. Una buena higiene bucodental y el control de lo que comemos -sobre todo del azúcar y los alimentos blandos- son instrumentos eficaces para prevenirla.

De hecho, se sabe que, desde el Neolítico, la caries ha afectado a la humanidad en mayor o menor grado, pero con la industrialización y la aparición de los azúcares refinados su incidencia ha aumentado mucho.

Para la OMS, la Organización Mundial de la Salud, combatir la caries es una prioridad, y es que no en vano se considera una "plaga mundial", por su extensión y por el número de personas afectadas (35).

6.10. Enfermedad de las encías

Se inicia por la acumulación de la placa bacteriana en el cuello de los dientes y las encías, causando enrojecimiento y sangrado de éstas. Cuando la enfermedad avanza los dientes y muelas se ponen tan flojos, que pueden caerse. La limpieza de los dientes, muelas, encías y lengua, después de cada comida y antes de irse y a dormir, evita estas enfermedades (36).

La acumulación de bacterias es una de las principales causas de las enfermedades periodontales. También pueden influir otras alteraciones del organismo como la diabetes mellitus, la malnutrición, la leucemia, el SIDA y el tabaquismo. La gingivitis es la inflamación de las encías. Las encías inflamadas duelen, se hinchan y sangran fácilmente. La gingivitis es una dolencia muy frecuente y puede aparecer en cualquier momento tras el desarrollo de la dentición.

- Causas y síntomas

La gingivitis es consecuencia del cepillado incorrecto que permite que la placa bacteriana permanezca sobre la línea gingival de los dientes. La falta de higiene lleva a la acumulación de bacterias (placa bacteriana) y finalmente a la formación de cálculos.

La gingivitis simple se puede prevenir con una buena higiene bucodental, el cepillado diario y la seda dental. Se puede usar un dentífrico que contenga pirofosfato para los casos en que se forme mucho sarro. Una limpieza profesional más frecuente puede ser más necesaria en los casos de personas con escasa higiene bucal, la limpieza profesional puede necesitarse cada tres meses o cada año.

La periodontitis (piorrea) aparece cuando la gingivitis se propaga a las estructuras que sostienen el diente. La periodontitis es una de las causas principales del desprendimiento de los dientes en los adultos y es la principal en las personas de mayor edad. La mayoría de los casos de periodontitis son las consecuencias de una acumulación prolongada de placa bacteriana y sarro entre los dientes y las encías, favoreciendo así la formación de oquedades profundas entre la raíz del diente y el hueso subyacente.

Muchas enfermedades pueden predisponer a que se contraiga la periodontitis, entre ellas la diabetes mellitus, el síndrome de Down, la enfermedad de Crohn, una deficiencia de glóbulos blancos y el SIDA. La periodontitis progresa rápidamente en los afectados de SIDA.

Los síntomas iniciales de la periodontitis son la hemorragia, la inflamación de las encías y el mal aliento (halitosis). A mayor pérdida de hueso, más se afloja el diente y cambia de posición. Es común que los dientes delanteros se proyecten hacia fuera. Habitualmente la periodontitis no causa dolor hasta que los dientes se aflojan lo suficiente para moverse al masticar o hasta que se forma un absceso.

A diferencia de la gingivitis, que habitualmente desaparece con un buen cuidado bucodental, la periodontitis requiere un tratamiento profesional.

Desde el punto de vista epidemiológico, en Chile las enfermedades periodontales afectan, con mayor o menor severidad, a casi la totalidad de la población mayor de 20 años.

- Causas:

El factor causal más importante en estas enfermedades es la Placa Bacteriana, que es una película pegajosa e incolora, que permanentemente se está formando sobre las estructuras dentarias. Para impedir la acumulación de este "biofilm bacteriano" es muy importante el autocuidado, siendo necesaria una prolija higiene oral, considerando, al menos, un adecuado cepillado y utilización de hilo dental, para acceder en este último caso, a las caras ubicadas entre los dientes, las que son de más difícil acceso. Al no remover la Placa bacteriana, ésta se acumula y en poco más de 24 horas comienza a convertirse en cálculo o tártaro dental, sustancia dura más conocida como sarro dental. Cuando ya se ha formado el cálculo, es tan consistente y firmemente adherido, que sólo puede ser removido mediante un procedimiento efectuado por el Odontólogo.

- Elementos y condiciones propias del paciente que pueden afectar las encías:

- Enfermedades Inmunológicas: estas enfermedades sistémicas pueden agravar la enfermedad, periodontal, influyendo en la capacidad de respuesta individual de los mecanismos de defensa.
- Diabetes: Se ha comprobado que los diabéticos descompensados sufren más severamente la enfermedad periodontal y además la enfermedad periodontal activa y no tratada puede alterar los niveles de Glicemia en los diabéticos.
- Medicamentos: Existen ciertas drogas, tales como antidepresivos, anticonceptivos orales y otras cuyo uso puede condicionar la respuesta de los tejidos orales, por lo tanto esta información debe ser entregada al profesional para que la valore debidamente, tomando las precauciones necesarias.
- Embarazo y Pubertad: Los cambios hormonales que aquí se producen provocan una mayor reacción ante el mismo agente causal de la enfermedad periodontal.

- Hábito Tabáquico: El fumar provoca alteraciones circulatorias que aumentan la probabilidad de sufrir enfermedad periodontal severa y por otra parte altera y alarga las etapas de recuperación post-tratamiento.
- Estrés: En esta condición la respuesta del organismo se encuentra disminuida, haciendo más difícil enfrentar una infección, como la que se produce en la enfermedad periodontal.
- Apretamiento y rechinar de dientes (Bruxismo): Estos malos hábitos ejercen una gran presión en el tejido de soporte de los dientes, pudiendo aumentar el proceso de destrucción de tejidos periodontales.
- Déficit Nutricional: Una dieta desbalanceada, o baja en nutrientes, puede generar una pobre respuesta defensiva del organismo ante una infección.
- Respiración Bucal Este mal hábito genera localmente un desecamiento de la encía, lo que altera la capacidad de respuesta defensiva.

¿Cómo identificar los signos y síntomas de la enfermedad periodontal?

Los elementos más comunes con los cuales nos encontramos en la Enfermedad Periodontal son:

- Sangramiento o hemorragia de las encías, en forma espontánea o al efectuar el cepillado dental o incluso al masticar ciertos alimentos de mayor consistencia.
- Cambios de color de las encías, tornándose rojizas, blandas e inflamadas.
- Cambios en la forma y posición de la encía,- las encías se desprenden de su adhesión a los dientes y se forman sacos, característica principal de la enfermedad periodontal.
- Presencia de exudados alrededor de los dientes (pus) y sensación de "mal sabor".
- Cambios en la posición de los dientes.
- Mal Aliento (Halitosis) en forma permanente.
- Movilidad dentaria progresiva y eventual pérdida de piezas dentarias.

La importancia de un control preventivo con el Periodoncista, radica en detectar precozmente la enfermedad, la cual, mientras más temprano se diagnostique, será de más fácil tratamiento y a un menor costo, siendo la conducta preventiva el concepto que debe dirigir nuestro accionar.

- Tener presente:

Recuerde que una encía saludable permite mantener nuestros dientes para toda la vida. No olvidemos que las estructuras dentarias son una de las características físicas más importantes. Cuando éstas se pierden, producen alteraciones estéticas, funcionales e incluso psicológicas y sociales.

Una bonita sonrisa nos ayuda en las relaciones interpersonales y es un signo objetivo de preocupación por nuestra salud, lo cual evidencia una conducta responsable y que dice mucho de nuestra persona.

Con el paso de los años no necesariamente se pierden los dientes. Con un comportamiento preventivo, con una adecuada higiene oral y controles profesionales, se puede asegurar la integridad de las estructuras bucales en el tiempo (38).

Entre algunas de las principales enfermedades sistémicas que pueden tener efectos locales en la boca, figuran:

- Diabetes: es la manifestación más común en los diabéticos es la enfermedad periodontal.
- Enfermedades hepáticas y cirrosis: es la causa de muerte en la población de 65 a 74 años.
- Artritis: puede afectar la articulación temporomandibular produciendo dolor al masticar, con un “clic” y limitación para abrir la boca. Los ancianos son más susceptibles a desarrollar enfermedades periodontales (39).

- Hallazgos de otros estudios

Las últimas encuestas epidemiológicas realizadas en España y Portugal sobre hábitos y costumbres higiénicas de la población indican que existe una elevada proporción de la población que precisa mejorar su higiene oral. En España, según diferentes encuestas sobre

hábitos higiénicos, entre el 80 y el 90% de la población declara cepillarse diariamente, sin embargo estos datos no se corresponden con las necesidades de cuidados higiénicos observadas, ni con las ventas de cepillos dentales y otros productos para la higiene oral. Esto indica que la higiene oral se realiza de forma inadecuada, y que los cepillos se utilizan durante mucho más tiempo recomendado. El uso diario de la seda dental, o de otros medios de higiene interproximal, es infrecuente.

En Portugal, en 1999, el 84% de los niños de 12 años, y el 58% de los niños de 6 años se cepillaban los dientes al menos una vez al día. Respecto a la población adulta, se cepillan dos veces al día el 32% de los adultos de 35-44 años y el 20% de los adultos de 65-74 años. El consumo de cepillos y pasta de dientes es de 0,6 y 188 ml por persona y año (40).

La Federación Dental Internacional propone que las muestras de salud bucal garantizan la presencia del mayor número de dientes en adecuado estado de salud en la boca, por el tiempo más largo posible. Para lograr esto, hay que actuar sobre las principales causas de la alta morbi-mortalidad dental, como son: la caries dental, la enfermedad periodontal, la mal oclusión (42).

6.11. Diagnóstico de salud bucal en Honduras

El Estado de salud es un sistema valioso para evaluar la eficiencia y la eficacia del sistema de salud y un instrumento para demostrar la capacidad del Estado de garantizar la salud de la población (41).

- Efectos de los hábitos dietéticos en la salud bucal

La dieta es factor de riesgo importante para las enfermedades bucales. Un estudio realizado en la Facultad de Estomatología de la Habana ratifica la influencia de los hábitos incorrectos de alimentación en la aparición y desarrollo de la caries dental, la enfermedad periodontal y el cáncer bucal.

La salud humana general guarda una estrecha relación con la dieta a que sometemos a nuestro organismo, de ahí la necesidad de dedicar una mayor atención a la instrucción y conocimiento de los hábitos alimenticios correctos y de los grupos de alimentos compatibles entre si, de manera que puedan ser incorporados a nuestra cultura alimenticia en aras de

favorecer el bienestar y la calidad de vida de nuestra población. En este sentido, Louis Pasteur afirmaba "...comemos y bebemos el 90% de nuestras enfermedades..."

Constantemente aparecen estudios que demuestran que una dieta eliminadora de "hábitos tóxicos de alimentación" – que incluyen el consumo de grasa de origen animal, azúcares, sal, café, tabaco, alcohol y líquidos en las comidas -, y que incorpore predominantemente el consumo de frutas y vegetales, yogur natural, zumos, germinados y la conveniente hidratación de nuestro organismo con la ingestión de abundante agua fuera de las comidas , conducirá a un mejoramiento de la deteriorada salud humana.

Médicos del Instituto Nacional del Cáncer Bucal de América, EE.UU. declararon en 1982 que la dieta constituye en la actualidad una de las áreas de investigación más importante en la prevención de lesiones queratósicas, pues, según estudios realizados, la dieta podría ser la causante de la tercera parte de todos los cánceres humanos; por ello, la reducción de grasas de origen animal y el aumento de alimentos alcalinizantes combinados correctamente en nuestra dieta debe ser una condicionante en nuestra alimentación (43).

El Instituto Hondureño de Seguridad Social, atiende un total de derechohabientes o de asegurados directos de 600,000 personas, los cuales son atendidos para poder mantener su salud bucal por el Departamento de Odontología, que está centralizado en la Periférica No. 1 de Tegucigalpa, el cual consta de nueve clínicas odontológicas donde se atienden en dos jornadas: diurna y vespertina, con 18 odontólogos y cada odontólogo atiende un promedio de diez y ocho pacientes al día, siendo en total 324 pacientes atendidos al día, de los cuales se atienden un promedio de dos pacientes que acuden por primera vez a cada clínica, sólo en la clínica No. 5, se atendieron en el año 2005, 480 pacientes que acudieron por primera vez a consulta odontológica (44).

MODELO EXPLICATIVO

Hábitos y conocimientos de Higiene Bucodental de los pacientes que acuden por atención odontológica a la clínica de la Périfca No. 1 del IHSS, Tegucigalpa, Honduras, 1er Trimestre 2006

Factores Personales

- Problemas de información
- Hábitos alimenticios

Exceso de
Carbohidratos

Exceso de
azúcares

- Hábitos de higiene bucodental

Frecuencia de
Cepillado

Uso del
hilo dental

Técnica de
cepillado inadecuado

Revisión Periódica
al odontólogo

Factores Predisponentes

- Escolaridad
 - Profesión u oficio
- Ingreso salarial
- Antecedentes familiares patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Ausencia de servicios básicos (agua)

Factores Demográficos

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Raza

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de estudio:

Fue un estudio descriptivo sobre los hábitos y conocimientos de higiene bucodental que presentan los pacientes que acuden por atención odontológica a la clínica periférica No. 1 del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Tegucigalpa 2006.

b) Universo:

Todos los pacientes que acudieron por primera vez a consulta odontológica en la Clínica Periférica No. 1, siendo un total de 480 pacientes, teniendo en cuenta que acudieron dos (2) pacientes diarios por primera vez, a la semana fueron 10, al mes 40 y al año 480 pacientes que acuden por primera vez en la consulta odontológica.

c) Tamaño de la Muestra:

El total de la muestra fue de 148 pacientes, calculados por el paquete estadístico EPI INFO versión 3. 3.2., pero para mejorar se redondeó a 150 pacientes. .

d) Unidad de Análisis y de observación:

Los pacientes que acudieron por primera vez a consulta odontológica a la clínica periférica No. 1 del IHSS de Tegucigalpa.

e) Métodos y técnicas de recolección de datos

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron por primera vez a consulta odontológica
- Pacientes mayores de 18 años y derechohabientes
- Voluntariedad del paciente a participar
- Pacientes que al momento de la consulta presentaron enfermedades bucodentales.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes subsiguientes en la consulta odontológica
2. Pacientes menores de 18 años y no derechohabientes
3. Pacientes que al momento de la consulta no presentaron enfermedades bucodentales.

Variables:**1. Características Demográficas**

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Raza

2. Características Demográficas

- Nivel de escolaridad
- Profesión u oficio
- Ingreso salarial
- Antecedentes patológicos familiares
- Antecedentes patológicos personales
- Servicios básicos

3. Hábitos Alimenticios y Tóxicos

- Tipo de alimentación
- Bebidas alcohólicas
- Fumar

4. Higiene Bucal

- Técnica de cepillado
- Frecuencia de cepillado
- Uso del hilo dental
- Enjuague bucal
- Frecuencia de las visitas odontológicas
- Caries
- Enfermedades periodontales
 - gingivitis
 - Periodontitis

(Ver operacionalización de las variables en anexos # 2)

f) **Fuentes de obtención de datos primaria:**

- Pacientes que participaron en el estudio y que fueron entrevistados
- Examen bucodental que se les realizó a los pacientes en estudio

g) **Fuentes de obtención de datos secundaria:**

Técnica e instrumentos

- Técnica
 - Entrevista: bien estructurada que se aplicó mediante el cuestionario a los pacientes en estudio
 - Examen clínico: que se les realizó a los pacientes que acudieron por primera vez en la consulta odontológica.
- Instrumento
 - Cuestionario: cuyas preguntas llevan implícitas todas las variables para darle salida a cada objetivo
 - Odontograma: el cual se realizó a los pacientes para verificar la presencia de las lesiones bucodentales.

h) **Procesamiento de datos:**

- Se realizó el procesamiento una vez recolectado todos los datos o información siguiendo el orden de las preguntas estructuradas en el cuestionario.

i) **Plan de Análisis de Datos:**

- Se analizaron los resultados en forma de porcentajes para cada una de las variables estudiadas, utilizando los programas de Epi-Info, Word, Excel y Power Point, para la elaboración de gráficos.

j) **Trabajo de campo:**

- Se solicitó autorización al Director de la Periférica No. 1 del IHSS, Tegucigalpa para realizar el estudio.
- Se solicitó consentimiento a los pacientes que acudieron por primera vez a consulta, a los cuales se les realizó examen bucal previo al cuestionario, el cual fue realizado por la investigación en forma gradual y manteniendo la secretividad de la información.

k) Control de Sesgos:

- Se diseñó un buen instrumento el cual fue sometido a un pilotaje que permitiera medir su validez interna.
- Se colocó una marca de reconocimiento en el expediente de cada paciente que participó en el estudio.

l) Consideraciones éticas:

- Nota de consentimiento informado que le dio lectura a todos los pacientes estudiados para su aprobación.
- No comentar los resultados antes de haber presentado la Tesis

VIII. RESULTADOS

En esta investigación se obtuvo información relevante sobre los hábitos de higiene buco-dental que poseen los pacientes que acudieron a consulta odontológica al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) de Tegucigalpa, tomando en cuenta las características personales; tales como: edad, sexo, nivel de escolaridad, procedencia, antecedentes familiares y personales, nivel de conocimiento que tienen sobre una buena higiene y sobre las enfermedades buco-dentales con el fin de conocer el grado de información que tiene sobre la importancia de una buena higiene para la salud buco-dental.

8.1.- Características demográficas de los pacientes en estudio

Del 100% (150) de los pacientes estudiados, el 33% (50) correspondieron al grupo de 40 – 50 años, seguido con un 27% (40) el grupo de edad de 29 – 39 años, un 20% (30) el grupo de edad de 18 – 28 años, un 13% (20) pacientes el grupo de edad de 51-60 años y por último un 7% (10) pacientes el grupo de edad de 61-70 años. (Ver en anexos tabla 1).

En cuanto al sexo, del 100% (150) pacientes entrevistados que acudieron a consulta odontológica, el 55% (83) eran del sexo femenino y un 45% (67) pacientes eran del sexo masculino. (Ver en anexos tabla 2).

Acerca de la procedencia de los pacientes entrevistados que acudieron a consulta, el 74% (111) procedían de barrios urbano- marginales y el 26% (39) pacientes vivía en colonias. (Ver en anexos tabla 3).

Todos los pacientes entrevistados que acudieron por consulta odontológica corresponden a mestizos

8.2. Factores predisponentes para enfermedades bucodentales

En relación al nivel de escolaridad de los entrevistados, la muestra se distribuye de la siguiente manera: un 41% (62) pacientes tienen estudios secundarios completos, un 17% (26) pacientes tenían estudios secundarios incompletos, seguido por un 13% (20) pacientes tenían estudios universitarios incompletos, un 8% (11) pacientes tenían estudios universitarios completos, y un 12% (18) pacientes tiene estudios primarios completos y un

9% (13) pacientes tienen primaria incompleta. (Ver en anexos grafico 4).

A fin de conocer el grado de culminación de los estudios realizados por los pacientes, se encontró que el 69% (103) no culminaron su carrera, por lo que se desempeñaban en labores de oficio no calificados y el 31% (47) terminaron su carrera, por lo que tienen una profesión. (Ver en anexos tabla 5).

En cuanto al ingreso salarial de los pacientes tenían un salario de menos de 1,000 lempiras equivalente a un 1% (2), de 1,000 – 3,000 lempiras para un 50% (75), seguido de un 4% (6) de los pacientes con un salario de más de 3,000 a 5,000 lempiras y por último un 45% (67) con un salario de más de Lps. 5,000.00 (Ver en anexos tabla 6).

Los antecedentes familiares patológicos de los pacientes, el 46% (69) pacientes que presentaron antecedentes de enfermedades crónicas y un 54% (81) sus familias padecían de caries dental y uso de prótesis dental. (Ver en anexos tabla 7).

Dentro de los antecedentes personales patológicos, un 64% (96) de los pacientes respondieron que padecían de alguna enfermedad. Dentro de las enfermedades más frecuentes mencionan la diabetes con un 53% (51), la hipertensión con un 34% (32), artritis con un 9% (9), neoplasias con un 4% (4) pacientes. (Ver en anexos tablas 8 y 9).

Respecto a los servicios básicos en sus viviendas, el 80% (120) de los pacientes manifestaron que contaban con todos los servicios básicos, pero el 20% (30) de estos pacientes tienen que comprar el agua potable por otros medios: tanques o cisternas. (Ver en anexos tabla 7).

8.3.- Hábitos alimenticios y tóxicos de los pacientes en estudio:

Un 57% (85) de los pacientes consumían carnes rojas, blancas, arroz, papas y tortillas, seguido de un 25% (38) que toman café, te ó gaseosa, un 10% (15) pacientes consumen vegetales y frutas y un 8% (12) de los pacientes consumen postres junto con las comidas. (Ver en anexos tabla 11).

En relación a los hábitos tóxicos, el 65% (97) de los pacientes no mencionaron tener hábitos tóxicos y el 35% (53) pacientes sí presentaron hábitos tóxicos. De éstos 53 pacientes se distribuyen de la siguiente manera: un 43% (23) pacientes son fumadores, un 34% (18) pacientes consumen alcohol y un 23% (12) tienen ambos hábitos tóxicos.

En cuanto a la edad de inicio de los hábitos tóxicos fue en la adolescencia en un 75% (40) y un 25% (13) de los pacientes lo iniciaron en la edad adulta.

Referente a la frecuencia del fumado, el 43% (23) pacientes lo hacen a diario, en cuanto a la cantidad menos de 5 cigarrillos al día lo hacen un 34% (8) pacientes, un 44% (10) pacientes fuman de 6-12 cigarrillos al día y un 22% (5) pacientes fuman 1 caja de cigarrillos al día, de los que fuman y beben al mismo tiempo que son 23% (12) pacientes, un 17% (2) pacientes lo hacen a diario y un 83% (10) pacientes lo hacen en ocasiones. (Ver en anexos tabla 12).

8.4. Hábitos y conocimientos sobre higiene bucodental de los pacientes estudiados:

En cuanto a la pregunta de que si su odontólogo le ha enseñado como debe cepillarse, el 70% (105) pacientes respondieron que no le han enseñado ningún método de limpieza y el 30% (45) pacientes respondieron que sí le han enseñado como deben cepillarse sus dientes. (Ver en anexos tabla 13).

Acerca de la frecuencia de cepillado de los pacientes entrevistados, el 48% (72) pacientes lo hacen 3 veces al día, seguido del 46% (69) pacientes que lo hacen menos de 3 veces al día y el 6% (9) pacientes lo hacen más de 3 veces al día. (Ver en anexos tabla 14).

Los pacientes entrevistados mencionaron en el 33% (50) que los cepillos de dientes lo cambian de 3 a 4 meses, el 30% (45) lo cambian de 4 a 6 meses, el 27% (40) lo hacen de 2 a 3 meses, un 7% (10) pacientes lo cambian cada mes y un 3% (5) pacientes lo cambian de 6 meses en adelante. (Ver en anexos tabla 15).

En cuanto al tipo de cerdas de los cepillos que utilizan los pacientes, se encontró que un 40% (60) pacientes utilizan cepillos con cerdas duras, seguido del 32% (48) que utilizan cepillo con cerdas suaves, también un 27% (40) utilizan cerdas medianas y luego un 1% (2) pacientes le es indiferente utilizar cualquier tipo de cerdas dental. (Ver en anexos tabla 16).

A fin de conocer si los pacientes entrevistados utilizaban el hilo dental, se encontró que el 35% (52) sólo utilizan el hilo dental como otro medio de limpieza.

Los que no utilizan el hilo dental, 98 pacientes utilizan otras formas de limpiezas interdental en donde el 41% (40) utilizan palillos de dientes, seguido de un 34% (33) que no utilizan nada, también un 20% (20) que utilizan hilo de cocer como hilo dental y un 5% (5) pacientes que utilizan nailon como limpiador interdental.

En relación a la frecuencia del uso del hilo dental en los pacientes entrevistados que sí lo utilizaron 52 pacientes, el 54% (28) lo usan una vez al día, el 15% (8) lo usan dos veces al día, el 12% (6) lo usan 3 veces al día, el 9% (5) lo utilizan semanalmente, el 6% (3) pacientes lo usan una vez al mes y el 4% (2) pacientes lo usan más de 3 veces al día. (Ver en anexos tabla 17).

Se le preguntó a los pacientes si utilizaban pasta dental y el 100% (150) pacientes entrevistados respondieron que si utilizan la pasta dental como medio para la limpieza de sus dientes.

El enjuague bucal como otro medio de limpieza dental no es usado por el 75% (112) pacientes, y sólo el 25% (38) sí lo utilizan. (Ver en anexos tabla 18).

Respecto a la frecuencia de las visitas al odontólogo para una revisión periódica, el 85% (127) pacientes responden que visitan al odontólogo solo cuando lo ameritan, seguido de un 10% (15) pacientes que lo hacen una vez al año y un 5% (8) pacientes lo hacen cada 6 meses. (Ver en anexos tabla 19).

Respecto al conocimiento ó información que tienen los pacientes sobre las enfermedades bucodentales, el 80% (120) respondieron que no tienen ningún conocimiento sobre las enfermedades bucodentales, y sólo el 20% (30) tienen estos conocimientos. (Ver en anexos tabla 20).

El 100% (150) pacientes entrevistados presentaron caries dental, también se observó la presencia de gingivitis en un 69% (104) respondieron que si les sangraban sus encías y el 31% (46) de los pacientes responden que no le sangraban sus encías. (Ver en anexos tabla 21).

Acerca de si hay presencia de periodontitis, se le preguntó al paciente y además se palpó se había movilidad de los dientes donde el 30% (45) pacientes respondieron que sí tienen movilidad en sus piezas dentales. (Ver en anexos tabla 22).

IX. ANÁLISIS DE RESULTADO

Muchos estudios socioepidemiológicos (2) muestran el importante papel que juegan los factores sociocomportamentales y ambientales, además de las malas condiciones de vida que guardan relación con el modo de vida, una dieta, nutrición, higiene bucodental deficiente y el consumo de tabaco y alcohol además de la escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucodental.

9.1. Características demográficas

El estudio mostró que la mayor cantidad de los pacientes estudiados se encontraron entre 40-50 años, Carranza (21) señala que el cálculo dental aparece durante los primeros años de la pubertad y aumenta con la edad y que el cálculo supragingival a parece en un 47 a 100% de las personas después de los 40 años; y según el informe anual presentado por la OMS la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales y la incidencia de cálculo y enfermedades periodontales aumenta con la edad.

Este grupo de edad encontrado en este estudio es el que acude con mayor frecuencia por atención odontológica ya que es el grupo de población económicamente activa y que son los asegurados directos.

Otra característica a estudiar fue el sexo encontrándose que el sexo femenino es el que acude con mayor frecuencia por atención odontológica ya sea por ella misma o por sus hijos e incluso para acompañar y darle valor a su esposo, pero no se considera teóricamente ni se han encontrado hallazgos en estudios anteriores de que sea un factor de riesgo para la aparición de enfermedades bucodentales.

Otros estudios, han demostrado que siempre es la mujer la que acude más a consulta.

En Honduras la etnia predominante es la mestiza (90%), lo cual es reflejado en los resultados de este estudio, por lo que la incidencia de caries es alta. En países donde se han realizado estudios como en los Estados Unidos, se ha observado deferencias raciales dentro de la misma área de una comunidad que pueden estar relacionados con aspectos socioculturales. La incidencia de caries es más baja en personas de raza negra y china (6).

La procedencia de la mayoría de los pacientes proceden de barrios marginales, 111 pacientes, pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos; donde la OMS en su informe Anual de 2004, dice que las enfermedades bucodentales son particularmente altas en grupos de poblaciones desfavorecidas y pobre y que además afectan la calidad de vida en general.

9.2. Factores Predisponentes

Según el informe de la OMS (14), 5,000 millones de personas en todo el mundo presentan caries y es un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia en países en vía de desarrollo, especialmente las comunidades, más pobreza; una parte esencial de la estrategia se ocupa de los principales determinantes socioculturales como la pobreza, bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomentan la salud bucodental.

Además, los hábitos se relacionan con el nivel cultural. En este estudio realizando con los pacientes asegurados se encontró que los hallazgos no coinciden con la teoría ya estos pacientes son trabajadores por lo tanto, personas económicamente activas y uno de los requisitos para realizar dichos trabajos es haber cursado como mínimo, la primaria completa y muchas veces la secundaria y se dedican en su mayoría a realizar oficios y con un salario de acuerdo al trabajo que desempeñan.

La placa bacteriana (33) es la causa más importante en el desarrollo de caries y enfermedades periodontales, existen otros elementos que condicionan o agravan su evolución entre los cuales tenemos: enfermedades inmunológicas, diabetes, medicamentos, embarazo y pubertad, estrés, bruxismo, desnutrición, respiración bucal; lo cual es similar a lo encontrado en el estudio ya que el 100% presentaron antecedentes familiares y personales patológicos encontrándose con mayor predominio las enfermedades crónicas, las lesiones buco-dentales así como el uso de prótesis dentales.

El tipo de agua de consumo, la calidad del suelo y además la sal que debe tener cierto porcentaje de flúor para prevenir la incidencia mayor o menor de caries, dependiendo de la cantidad de flúor que contengan, si hace falta flúor en el agua, los alimentos y en la sal se desarrollan más caries (6); en honduras aun sabiendo esto no realiza ninguna acción para mejorar el estado de salud bucal de la población.

Encontramos que un 20% de la población estudiada no poseen agua, por lo que les toca comprarla y se ven limitados para usarla en lo más necesario en el hogar y no tanto para los hábitos de higiene como cepillarse los dientes tres veces al día.

9.3. Hábitos alimenticios y tóxicos

Según la doctora Padrón Liulia (43), en un artículo publicado en la Revista “Avances Médicos” de Cuba, presenta las siguientes recomendaciones alimenticias para una buena salud dental: alimentación saludable, variada y equilibrada, limitar el número de bocadillos dulces entre comidas, limpiarse los dientes después de las comidas, también comenta que la alimentación es importante para la boca, los azúcares cariogénicos (caramelos y dulces) le dañan mientras que las verduras limpian y fortalecen la salud buco-dental. La leche y los derivados lácteos, aportan el calcio necesario para los dientes en la fase de formación y evitar bebidas o alimentos excesivamente calientes o fríos. En un estudio realizado en la Facultad de Estomatología de la Habana, Cuba, demuestran la influencia de los hábitos incorrectos de alimentación en la aparición y desarrollo de la caries dental que incluye el consumo de grasa de origen animal, azúcares, sal, café, tabaco, alcohol y líquido en las comidas y que incorpore el consumo de frutas y vegetales, yogur natural, zumos, germinados y la conveniente hidratación de nuestro organismo con la ingestión de abundante agua fuera de las comidas, conducirá a un mejoramiento de la salud humana.

El estudio mostró que la mayoría de los pacientes presentaron malos hábitos alimenticios ya que su dieta es rica en carbohidratos y azúcares y limitada ingesta de verdura y fuentes, consumo de agua, lo que aumenta la incidencia de enfermedades buco-dentales en la población.

Otro factor importante que aumenta la incidencia de enfermedades buco dentales, es el hábito de fumar e ingerir alcohol (16). En los países industrializados, los estudios realizados muestran que el tabaquismo es un factor de riesgo clave según el informe de la OMS (14). Los fumadores son más propensos a tener enfermedades de las encías, manchas en los dientes, en la lengua y mal aliento; según la OPS, en la guía de promoción en salud bucal y para la Doctora Padrón, en la Revista cubana, dice que el tabaco perjudica la salud de la boca, ya que contribuye a empeorar las enfermedades de las encías.

Esto es similar a lo encontrado en esta investigación, ya que el 35% (53) pacientes tienen hábitos tóxicos, lo que contribuye al apareamiento y al empeoramiento de las enfermedades buco-dentales.

9.4. Higiene bucal

Según la OMS (15) en su informe anual, sugiere que una buena higiene bucal y el uso de flúor, se considera ahora los principales factores responsables de la prevención de caries y el fomento de una buena salud bucal.

Para la doctora Higashida (23), el cepillado permite lograr el control mecánico y tiene como objetivo:

1. Eliminar y evitar la formación de placa dentó bacteriana
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos
3. Estimular los tejidos gingivales
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

En esta investigación se encontró que el 70% de los pacientes desconocen cuál es la forma correcta de cepillarse, lo cual constituye a la formación de la placa dentó bacteriana y por consiguiente, a las enfermedades buco dentales.

La doctora Higashida (23) recomienda que para los jóvenes y las personas propensas a caries dentales, deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir, ya que el cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival y también recomienda que para lavarnos los dientes, no podemos ir de prisa y corriendo, en total, lo podemos hacer en 3 minutos.

Los pacientes que participaron en el estudio, se cepillaron los dientes con la frecuencia recomendada, ya que el 45% de ellos se cepilla los dientes tres veces al día.

Para la misma autora, recomienda reemplazar el cepillo cada 3 meses. Esto se ve reflejado en la investigación, ya que más de la mitad de los pacientes cambian su cepillo en el tiempo recomendado.

También recomienda utilizar un cepillo de cerdas suaves o blandas, de material sintético

preferiblemente Tynex, con puntas redondeadas y pulidas. Los pacientes estudiados no cumplen esta recomendación, ya que la mayoría de ellos utilizan cepillos con cerdas duras, lo cual es debido al desconocimiento que tienen los pacientes sobre el tipo de cepillo que se debe utilizar para mantener una buena higiene.

Otros de los medios auxiliares de la higiene bucal es el uso del hilo dental, ya que el cepillado es insuficiente para limpiar los espacios ínter-proximales, por lo cual es necesario utilizar el hilo dental después del mismo. El hilo dental es un hilo especial de seda, formado por varios filamentos los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente.

Esta investigación reflejó que la mayor parte de los pacientes no utilizan el hilo dental, esto contribuyó a la presencia de enfermedad buco dentales, ya que estos pacientes no eliminan los restos alimenticios que se depositan o acumulan en medio de los dientes.

Teóricamente, no se recomienda el uso de otros medios auxiliares para eliminar los restos alimenticios ínterproximales, pero en esta investigación se encontró que la mayoría de las personas que no utilizan el hilo dental usan otros medios como ser: palillos, hilo de coser, nada y nailon, siendo los palillos el más frecuentemente utilizado.

Otra recomendación para mantener una buena higiene bucal, es el uso de un enjuague o colutorio que es fundamental para reducir el volumen de la placa dentó bacteriana, ya que son agentes químicos eficaces para combatirla y deben utilizarse cada 12 horas, durante 30 a 60 segundos después del cepillado y no se debe consumir líquidos o alimentos durante los 30 minutos siguientes para lograr su máxima eficacia.

Encontrándose en esta investigación, que la mayoría de los pacientes no utilizan el enjuague como otro medio auxiliar para mantener una higiene bucal adecuada. Otra de las indicaciones para mantener un adecuado estado de salud dental, son las visitas al odontólogo para una revisión periódica, las cuales deben realizarse cada 6 meses para prevenir daños severos. Como se puede observar, en este estudio, los pacientes no cumplen con esta recomendación, ya que la mayoría de ellos solo visitan el odontólogo cuando lo ameritan y el daño ya está avanzado y a veces hasta difícil de mantener la dentadura en su boca y recurren entonces, al uso de prótesis, lo cual puede afectar de manera negativa la

capacidad de comunicación y la autoestima, lo que conlleva a problemas económicos y sociales debido a que los tratamientos son costosos y el dolor dental causa bajas en el trabajo.

El programa de salud buco dental de la OMS (15) considera la caries y las enfermedades periodontales como las dos afecciones buco dentales más conocidas. En Honduras, la población afectada por caries es de un 98% (42). Es difícil determinar el número de personas afectadas por caries en todo el mundo, ya que los métodos que se utilizan en los estudios epidemiológicos varían de un estudio a otro, se ha comprobado que la caries dental afecta al 98% de la población en general de América Latina y el Caribe (33).

En México, Panamá y República Dominicana (33), han notificado un gran porcentaje de niños y adultos con enfermedades periodontales avanzadas, que afectan el 30% de la población adulta. Estos datos están en estrecha relación con los hallazgos encontrados en esta investigación, donde el 100% de los pacientes estudiados presentan caries dental y un 69% presentan gingivitis y un 30% presenta periodontitis.

X. CONCLUSIONES

1. Dentro de las características demográficas de los pacientes estudiados se refleja que oscilan con un mayor porcentaje entre 29-50 años ya que son trabajadores y económicamente activos, asegurados que acudieron a consulta odontológica y son procedentes de los barrios urbanos marginales de Tegucigalpa, con predominio del sexo femenino y de raza mestiza.
2. Entre los factores predisponentes para la aparición de enfermedades buco dentales se encontraron: que la secundaria fue nivel educativo mas predominante, contrario a lo esperado influenciado por los requisitos laborales que es como mínimo secundaria, por lo que sus labores son de oficio no calificados, y por consiguiente su salario corresponde a su desempeño, pertenecientes a una clase media-baja y además presentan antecedentes familiares como el uso de prótesis dental y presencia de caries, además de las enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, neoplasias que se asocian a la aparición de enfermedades periodontales, con un ingreso del un 50% entre 1,000 – 3,000 lempiras mensuales.
3. Los hábitos alimenticios de los pacientes: su dieta se basa en alimentos ricos en carbohidratos, grasas y azúcares y además tienen hábitos de fumar y tomar alcohol lo que contribuye a un empeoramiento de la salud bucal.
4. La higiene bucal de los pacientes que participaron en la investigación es deficiente porque no tienen una técnica de cepillado, no usan el hilo dental, no visitan periódicamente al odontólogo, por lo que todos presentan caries, más de la mitad presentan gingivitis y un 30% periodontitis y movilidad en sus piezas dentales, y además no tienen ningún conocimiento en un 80% sobre cómo y el porqué se producen las enfermedades bucodentales.

XI. RECOMENDACIONES

A nivel del Instituto Hondureño de Seguridad Social

1. Organizar e implementar una sala de odontología preventiva, donde se encargue de filtrar, capacitar, educar y promover el conocimiento sobre higiene buco dental para motivar al paciente al cuidado de su boca utilizando medios audiovisuales, radiofónicos y los medios disponibles, tanto en las salas de espera como a la población en general.
2. Concientizar y sensibilizar a los directivos del IHSS de la importancia del modelo preventivo para evitar la incidencia de las enfermedades buco dental.
3. Capacitar y orientar a los personales, tanto médicos como auxiliares, del Departamento de Odontología, sobre la importancia de la prevención que conlleva a la enseñanza con charlas educativas y crear conciencia sobre todos los métodos que se deben utilizar para mantener una buena higiene bucal como parte de la salud integral del individuo, transmitiendo sus conocimientos y motivándolos.
4. La normativa de la prevención integral para la práctica odontológica, pública, social y privada en el ámbito nacional, es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población. Estas acciones tienen como propósito general, reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos como parte del mejoramiento de los estilos de vida y de los patrones de consumo y crear una nueva cultura, la cultura de la salud.

A la Clínica de Odontología de la Periférica N° 1

1. Desarrollar y fomentar hábitos, conductas y prácticas que favorezcan y contribuyan al mantenimiento de la salud bucal, tanto en el hogar para el control de la placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental, auxiliares para la higiene bucal como el hilo dental y el enjuague bucal como en el consultorio para los controles periódicos con su odontólogo.
2. Darle a conocer a los pacientes el cómo y porqué se producen las enfermedades

bucodentales, para que éste pueda prevenirlas e identificarlas y acuda a su odontólogo en la etapa temprana para una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes motivándoles a mantener un buen estado de salud bucal.

3. Promoción de la salud bucodental
4. Mejorar la referencia y contrarreferencia de los pacientes con problemas bucodentales para que sean atendidos con mayor eficiencia.

A los pacientes

1. Poner en práctica los auto-cuidados de salud bucal para prevenir las enfermedades bucodentales cumpliendo con las normas de higiene bucodental como el cepillado tres veces al día, el uso del hilo dental, enjuagues bucal, etc.
2. Acudir a las citas programadas por su odontólogo para el control y el mantenimiento de su salud bucal así como a una evaluación general cada 6 meses.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Calzadilla, Amado; Delgado Méndez, Luis. Técnicas de Diagnóstico de Salud Bucal, Revista cubana Estomatológica, 1996; 33 (1).
2. Jano on-line y agencias, informe anual de la OMS, febrero de 2004
3. Informe del Cirujano Dental General, Salud oral en los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2000.
4. Patersen, POUM Eric, Bourgeois, Dnis, OGAWA, Hiroshie et al. carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. Bull, World Health Organ, Sept. 2005, vol. 83, n#9, pág. 661-669. ISSN 0042-9686.
5. Colegio de Cirujanos Dentistas de Honduras, Revista Consulta Dental, ed # 7, marzo 2004.
6. Higashida, Bertha, odontología preventiva Mc graw-Hill Interamericana, año 2000, cap. # 1, pág. # 4.
7. Programa Nacional de Prevención de Caries Dental, estudio epidemiológico de caries y fluorosis dental en escolares de 6, 7, 8, 12 y 15 años, de centros de enseñanza pública de El Salvador, MSP y Asistencia Social, República de El Salvador, Sept. 2,000.
8. Higashida Bertha, Odontología Preventiva, Mc graw-Hill Interamericana 2000, cap. # 1, pág. # 4.
9. Informe del Cirujano Dental General, Salud oral en los Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2000.
10. Jano on-line y agencias, V Edición del Mes de la Salud Bucodental, Informe de la OMS, 2005.
11. Departamento de Estadísticas de la Clínica Periférica No. 1 del IHSS, 2005.
12. Higashida Bertha, Odontología Preventiva, Mc graw-Hill Interamericana 2000, cap. # 1, pág. # 32.
13. Jano on-line y agencias, Informe de la OMS, febrero 2004.
14. Jano on-line y agencias, Informe de la OMS, sept. 2005.
15. Lo Básico de la Salud Bucal, pág. 1 – 3, Pág. Web.
16. OPS, Guía de Promoción en Salud Bucal, febrero 2,000.
17. Prevenir, Mejor que Curar, Higiene Bucodental. Pág. Web.
18. Arroyo, José Manuel, Placa Dental, pág. Web, Familia y Educación.org>, pág. 1-4.

19. Higashida Bertha, Odontología Preventiva, Mc graw-Hill Interamericana 2000, pH cavidad bucal, cap. # 6, pág. # 61.
20. Higashida Bertha, Odontología Preventiva, Mc graw-Hill Interamericana 2000, pH cavidad bucal, cap. # 7, pág. # 85.
21. Carranza, F. A., Periodontología Clínica, Editorial Interamericana, 1997, edición Cálculo es la etiología de las enfermedades periodontales, Cap. # 26, pág. 419 – 434.
22. Salud Dental, lo básico. Pág. 4 – 6, art. Página Web.
23. Higashida Bertha, Odontología Preventiva, Mc graw-Hill Interamericana 2000, Higiene Bucodental, cap. # 9, pág. # 141-156.
24. Arroyo, José Manuel, Familia y Educación.org. <http://www.familiayeducación.org>>, pág. 5 – 8.
25. Martínez S. Modelo Formativo – capacitante para el análisis de l situación de salud, tesis para optar al Título. Ciudad de la Habana, 1995.
26. Beltrán, Roberto. Cáncer de la boca y de la Faringe, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
27. Aguilar, Eugenio D., Cáncer de la Boca, División de la Salud Oral, Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América.
28. Higashida Bertha, Odontología Preventiva, Mc graw-Hill Interamericana 2000, Clasificación de la Caries Dental, Pág. 130-136.
29. Organización Mundial para la Salud, Investigaciones de Salud Oral, 1987
30. Irigoyen M; Zepeda, A. Sánchez, Leonor, Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en México, Revista ADM, 53 (3): 98 -104.
31. Bascons, Antonio, Tratado de Odontología, ediciones Medicodental, S.L.
32. Regezl, Joseph A. Sciubba James J., Patología Bucal Interamericana Mc-Graw Hill, México 1991, pág. 513.
33. Watson, María Rosa. Caries y las Enfermedades Periodontales en América Latina y el Caribe. Día Mundial de la Salud Bucal, OPS. 1994, pág. 1 – 4.
34. OPS, Guía de Promoción en Salud Bucal, feb. 2,000.
35. Acta Odontológica Venezolana, Evaluación del riesgo de la caries dental como proceso infeccioso.
36. OPS, Guía de Promoción en Salud Bucal, enfermedad en las encías. Feb. 2,000.
37. Trastornos de la Boca y de los Dientes, Cap. # 95, pág. 1 – 5, enfermedades periodontales. [www.msd.es / publicaciones/mmerck/sección 8](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck/sección8)

38. Tinano FF No. Dental Caries Risk Assessment Prevalencia de Caries Dental, gingivitis y enfermedades periodontales, salud pública, México 1996, vol. 38, pág. 101 – 109.
39. Berenguer Maritza, La Salud Bucodental en la Tercera Edad, conferencia clínica, Medisan 1999; 3(4): 53-56, Cuba.
40. Manau, Carolina. Zabalegui, Ion. Hábito y costumbres higiénicas de la población de España y Portugal, RCOE, Vol. 9, NO. 2, pág. 1-2, Madrid, abril 2004.
41. Secretaría de Salud, Dirección de Promoción de la Salud, Programa Nacional de Salud Bucal “Aspectos Básicos de Odontología” en la Secretaría de Salud, 2005, Tegucigalpa, Honduras.
42. Secretaría de Salud Pública de Honduras, Departamento de Salud Oral, estudio sobre la prevención de caries e Honduras, 1997. Tegucigalpa, M.D.C.
43. Padron Cartuya, Liulia. Prouance Valdivia, Efectos de los Hábitos Dietéticos en la salud bucal, Rev. Avances Médicos de Cuba, No. 34, 2003. Salud para todos.
44. IHSS, Departamento de Estadísticas, clínica periférica o. 1, Tegucigalpa, 2005.

A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA (CIES)

Instrumento No. 1

HABITOS Y CONOCIMIENTOS DE HIGIENE BUCO-DENTAL DE LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONSULTA POR PRIMERA VEZ A CONSULTA ODONTOLÓGICA AL IHSS

CUESTIONARIO

1. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE?

Entre 18 - 28 Entre 40 – 50 Entre 61- 70
 Entre 29 -39 Entre 51 – 60

2. SEXO:

Femenino: Masculino:

3. PROCEDENCIA:

¿Dónde vive?

Colonia: Barrio:

4. RAZA:

Mestiza: Negra: Blanca:

5. NIVEL EDUCATIVO:

¿Sabe leer?: SI NO

Primaria: Secundaria: Universitaria

¿Último año cursado? _____

6. PROFESIÓN U OFICIO:

¿A qué se dedica? _____

¿De qué trabaja? _____

7. INGRESO SALARIAL:*¿Cuánto gana mensualmente?*

Menos de	1,000	<input type="checkbox"/>
Entre	1,000 – 3,000	<input type="checkbox"/>
De	3,000 – 5,000	<input type="checkbox"/>
Más de	5,000	<input type="checkbox"/>

8. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:*¿Hay alguien en su familia que padezca de?*

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Caries	<input type="checkbox"/>
Neoplasias	<input type="checkbox"/>	Uso de prótesis	<input type="checkbox"/>

9. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:*¿Padece usted de alguna enfermedad?:*

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Neoplasias	<input type="checkbox"/>

10. SERVICIOS BÁSICOS:*¿Tiene todos los servicios básicos en su casa?:*SI NO *¿Tiene agua potable en su casa?*SI NO *¿Compra agua potable?*SI NO

11. TIPO DE ALIMENTACIÓN:*¿Qué fue lo último que comió?*

Carnes roja, blanca, arroz, papa, tortillas

Verduras y frutas

Café, te ó gaseosa

Postres

12. HáBITOS TÓXICOS:

SI NO

Alcohol

Cigarrillo Diario Ocasional

¿Cuántos cigarrillos al día?

Menos de 5 cigarrillos 6 - 12 cigarrillos al día

1 Cajetilla de cigarrillos al día

Ambos (Fuman y Beben)

Diario

Ocasional

¿Edad de inicio de los hábitos tóxicos?

Adolescencia

Adulto

13. TÉCNICA DE CEPILLADO:*¿Le han enseñado cómo debe de cepillarse sus dientes?*

SI NO

14. FRECUENCIA DE CEPILLADO:*¿Cuántas veces se cepilla sus dientes?*

Menos de 3 veces Más de 3 veces

3 veces al día Menos de 3 veces

15. TIPO DE CERDAS DEL CEPILLO DENTAL:

¿Cuándo compra el cepillo, busca que las cerdas sean?:

Suave

Medianas

Duras

16. ¿CADA CUÁNTO CAMBIA SU CEPILLO DE DIENTES?

Cada mes

De 2 – 3 meses

De 3 – 4 meses

De 4 – 5 meses

De 6 meses en adelante

17. ¿USA HILO DENTAL?

SI NO

Frecuencia

Menos de 3 veces al día

3 veces al día

Más de 3 veces al día

18.- ¿USA PASTA DENTAL?

SI NO

19.- ¿USA ENJUAGUE BUCAL?

SI NO

20.- FRECUENCIA DE LAS VISITAS AL ODONTÓLOGO:

¿Cada cuánto va a consulta odontológica?:

Cada 6 meses

Una vez al año

Sólo cuando lo amerita

21.- ¿SABE USTED ALGO SOBRE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES COMO LA CARIES Y LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES?

SI NO

22.- ¿LE SANGRAN SUS ENCÍAS?

SI NO

23.- ¿HA TENIDO MOVILIDAD DE SUS DIENTES?

SI NO

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECÍFICO # 1: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA	ITEMS
- Edad	# de años que tiene el paciente	Entrevista	18 – 28 29 – 30 40 – 50 51 – 60 61 – 70	V. Cuantitativa	Cuántos años tiene usted
- Sexo	Género de una persona	Guía de observación	F M	V. Nominal	
- Procedencia	Domicilio actual del paciente	Entrevista	Colonia Barrio	V. Nominal	Donde vive
- Raza	Conjunto de genes que identifican un grupo de individuos	Observación	Mestiza Negro Blanca	V. Nominal	Observación

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECÍFICO # 2: FACTORES PREDISPONENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA	ITEMS
- Nivel Educativo	- Años de estudio cursados	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria completa - Primaria incompleta - Secundaria Completa - Secundaria Incompleta - Universitaria completa - Universitaria incompleta 	V. Nominal	Último año cursado
- Profesión u oficio	<ul style="list-style-type: none"> - Grado académico culminado - Labor que desempeña 	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Perito Mercantil - Secretaria - Electricista - Albañil - Deportista, etc. 	V Nominal	De qué trabaja
- Ingreso Salarial	- Cantidad de dinero que gana mensualmente por su tiempo	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 1,000 - 1,000 – 5,000 - Más de 5,000 	V. Nominal	Cuánto gana mensualmente
- Antecedentes familiares	- Enfermedades crónicas que adolece cualquier miembro de la familia	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Hipertensión - Neoplasias - Artritis - Caries 	V. Nominal	Alguien de su familia padece de alguna enfermedad
			<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes 		

- Antecedentes personales	- Enfermedades crónicas que adolece el individuo	Entrevista	- Hipertensión - Neoplasia - Artritis - Caries	V. Nominal	Padece usted de alguna enfermedad
- Servicios básicos	- Presencia de los medios necesarios para la subsistencia en los hogares	Entrevista	- SI - NO	V. Nominal	Tiene todos los servicios básicos en su hogar

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECÍFICO # 3: HÁBITOS ALIMENTICIOS Y TÓXICOS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA	ITEMS
- Tipo de Alimentación	- Sustancias nutritivas que se ingieren	Entrevista	- Vegetariana - Frutas - Carbohidratos - Gaseosa - Postre	V. Nominal	- Qué tipo de alimentos ingiere - Qué fue lo último que comió
- Bebidas Alcohólicas	- Con un alto grado de alcohol	Entrevista	- SI - NO	V. Nominal	- Ingiere algún tipo de bebida alcohólica - Cuántas y desde cuando
- Fumar	- Inhalar todo tipo de cigarrillo	Entrevista	- SI - NO	V. Nominal	- Qué tipo de cigarrillos fuma - Desde cuándo

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECÍFICO # 4: HIGIENE BUCAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA	ITEMS
- Técnica de Cepillado	Forma correcta de cepillarse	Presencia o ausencia de caries y enfermedades periodontales	- SI - NO	V. Nominal	- Le han enseñado alguna vez cepillarse. - Cómo se cepilla sus dientes
- Frecuencia de cepillado	# de veces que el paciente se cepilla diariamente	- Observación - Presencia de enfermedades buco-dentales	- Tres veces al día - Más de tres veces - Menos de tres veces - ninguna	V. cuantitativa	- Cuántas veces se cepilla sus dientes.
- Uso de hilo dental	Accesorio que se utiliza para limpieza en zonas interproximales de las piezas dentales	Entrevista	- SI - NO - 1 vez al día - 2 veces al día - 3 veces al día - Más de 3 veces - Semanal - Al mes	V. Cuantitativa	- Utiliza el hilo dental - Qué otras cosas utiliza

- Enjuague bucal	Elimina bacterias que provocan mal aliento	Entrevista	- SI - NO	V. Nominal	- Si utiliza el enjuague bucal
- Frecuencia consulta odontológica	- El número de veces que se visita al odontólogo para chequeo dental	Entrevista	- Cada 6 meses - Una vez al año - Solo cuando amerita	V. Ordinal	- Cada cuánto visita al odontólogo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVO ESPECÍFICO # 4: CONTINUACIÓN DE HIGIENE BUCAL

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA	ITEMS
- Caries	Proceso de destrucción	Examen clínico Índice de caries Ficha dental	- Presencia o ausencia de caries	V. Nominal	- Cuántas caries tiene el paciente - Sabe algo sobre las caries dentales
- Enfermedad Periodontal	Infecciones y lesión a nivel de los tejidos de soporte de diente	- Examen clínico - Ficha dental	- Periodontitis - Gingivitis	V. Nominal	- Tiene movilidad en sus dientes - Inflamación en sus encías o le sangran sus encías

Nivel Educativo	%	Pacientes
Secundaria completa	41	62
Secundaria incompleta	17	26
Universitaria incompleta	13	20
Universitaria completa	8	11
Primaria completa	12	18
Primaria incompleta	9	13

Profesión u Oficio	%	Pacientes
Oficio	69	103
Profesionales	31	47

Ingreso Salarial	%	Pacientes
Salario menos de 1,000	1	2
Salario de 1,000 – 3,000	50	75
Salario de 3,000 – 5,000	4	6
Salario más de 5,000	45	67

Antecedentes Patológicos Familiares	%	Pacientes
Enfermedades crónicas	46	69
Padecen de caries dentales	54	81

Antecedentes Personales	%	Pacientes
Sí	64	96
No	36	54
Diabetes	53	51
Hipertensión	34	32
Artritis	9	9
Neoplasias	4	4

Enfermedades Frecuentes	%	Pacientes
Diabetes	53	51
Hipertensión	34	32
Artritis	9	9
Neoplasias	4	4

Servicios Básicos	%	Pacientes
SI	80	120
NO	20	30

Tipo de Alimentos	%	Pacientes
Carne roja, blanca, papas, arroz y tortilla	57	85
Café, té o gaseosas	25	38
Vegetales y frutas	10	15
postres	8	12

Hábitos Tóxicos	%	Pacientes
No	65	97
Si	35	53

Pacientes con hábitos tóxicos	%	Pacientes
Pacientes fumadores	43	23
Pacientes que consumen alcohol	34	18
Pacientes que fuman y beben	23	12

Frecuencia de fumado	%	Pacientes
Menos de 5 cigarrillos al día	34	8
6-12 cigarrillos al día	44	10
1 caja de cigarrillos al día	22	5

Enseñado a cepillarse	%	Pacientes
NO	70	105
SI	30	45

Frecuencia de cepillado	%	Pacientes
Tres veces al día	48	72
menos de 3 veces al día	46	69
más de tres veces al día	6	9

Cáda cuanto cambia cepillo	%	Pacientes
Cada mes	7	10
De 2 a 3 meses	27	40
De 3 a 4 meses	33	50
De 4 a 6 meses	30	45
de 6 meses en adelante	3	5

Tipo de Cerda	%	Pacientes
Suave	32	48
Mediana	27	40
Duras	40	60
Le es indiferente	1	2

Uso del Hilo Dental	%	Pacientes
NO	65	98
SI	35	52

Frecuencia uso Hilo Dental	%	Pacientes
Usan 1 vez al día	54	28
Usan 2 veces al día	15	8
Usan 3 veces al día	12	6
Lo usan semanalmente	9	5
Una vez al mes	6	3
Más de 3 veces al día	4	2

Otras formas de hilo dental	%	Pacientes
Tres veces al día	48	72
menos de 3 veces al día	46	69
más de tres veces al día	6	9

Utiliza enjuague bucal	%	Pacientes
Utilizan palillos de dientes	41	40
No utilizan nada	34	33
Utilizan Hilo de coser	20	20
Utilizan nailon	5	5

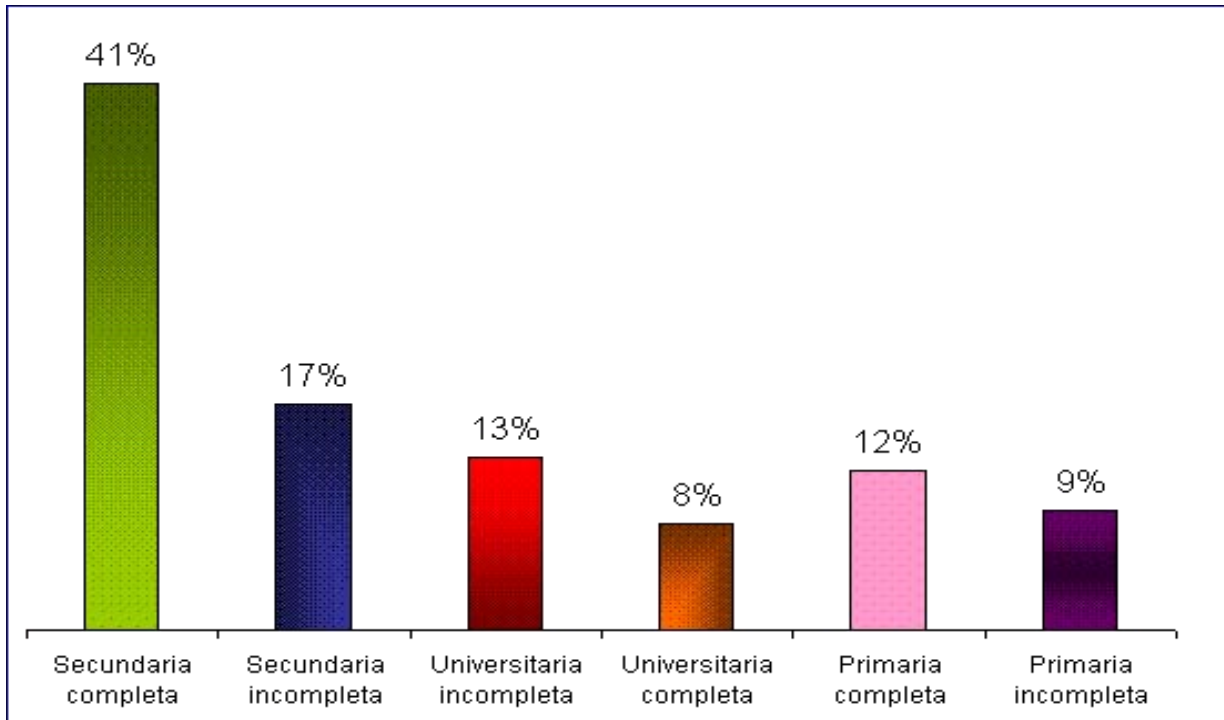
Utilizan enjuague bucal	%	Pacientes
NO	75	112
SI	25	38

Frecuencia Visita al Odontólogo	%	Pacientes
Sólo cuando lo ameritan	85	127
Una vez al año	10	15
Cada 6 meses	5	8

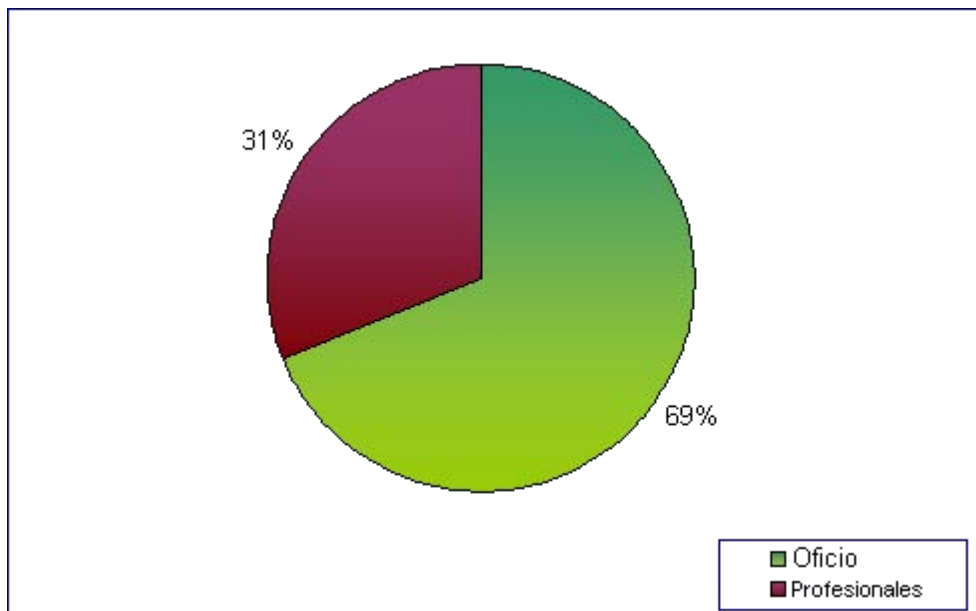
Conocimiento de enfermedades	%	Pacientes
Ningún conocimiento	80	120
Si tienen conocimiento	20	30

Le sangran sus encías	%	Pacientes
SI	69	104
NO	31	46

Presenta movilidad en sus dientes	%	Pacientes
NO	70	105
SI	30	45

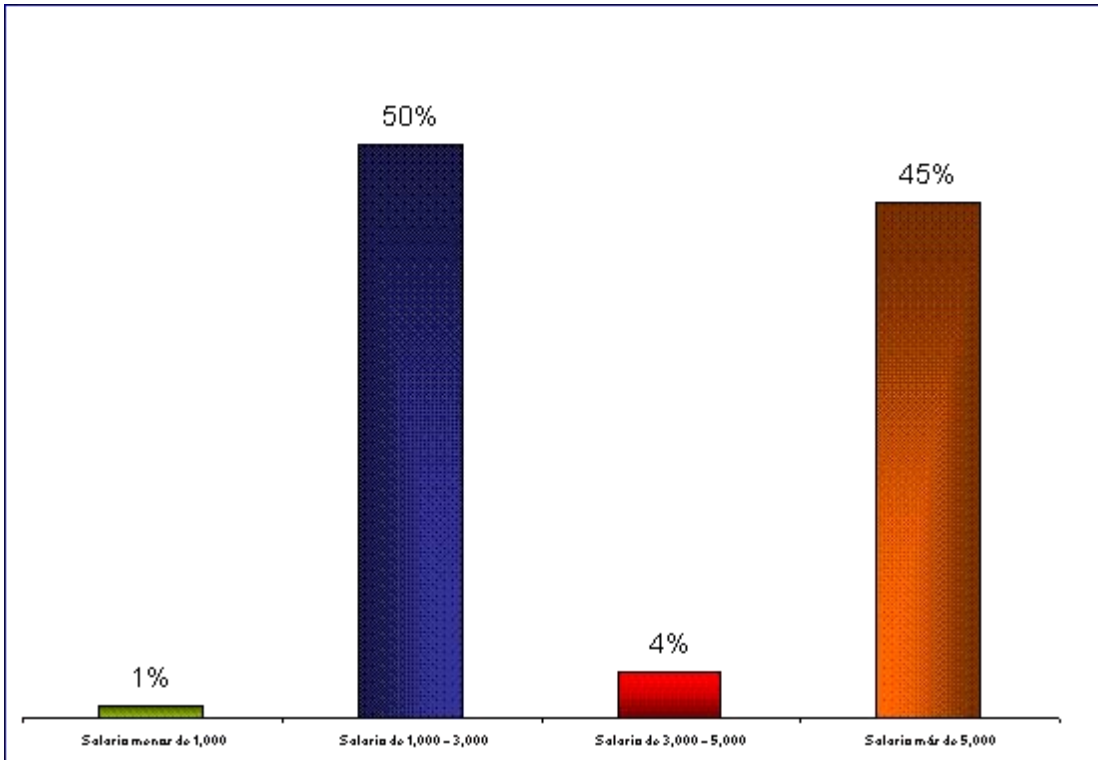
Gráfico No. 1: Nivel Educativo de los pacientes estudiados

Fuente: Tabla No. 4

Gráfico No. 2: Profesión u oficio de los pacientes estudiados

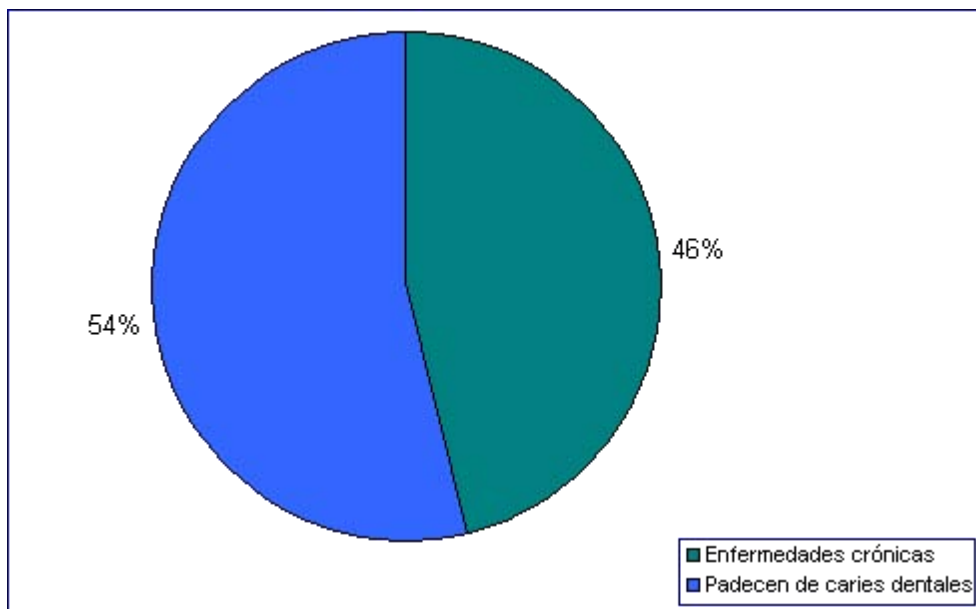
Fuente: Tabla No. 5

Gráfico No. 3: Ingreso salarial de los pacientes estudiados



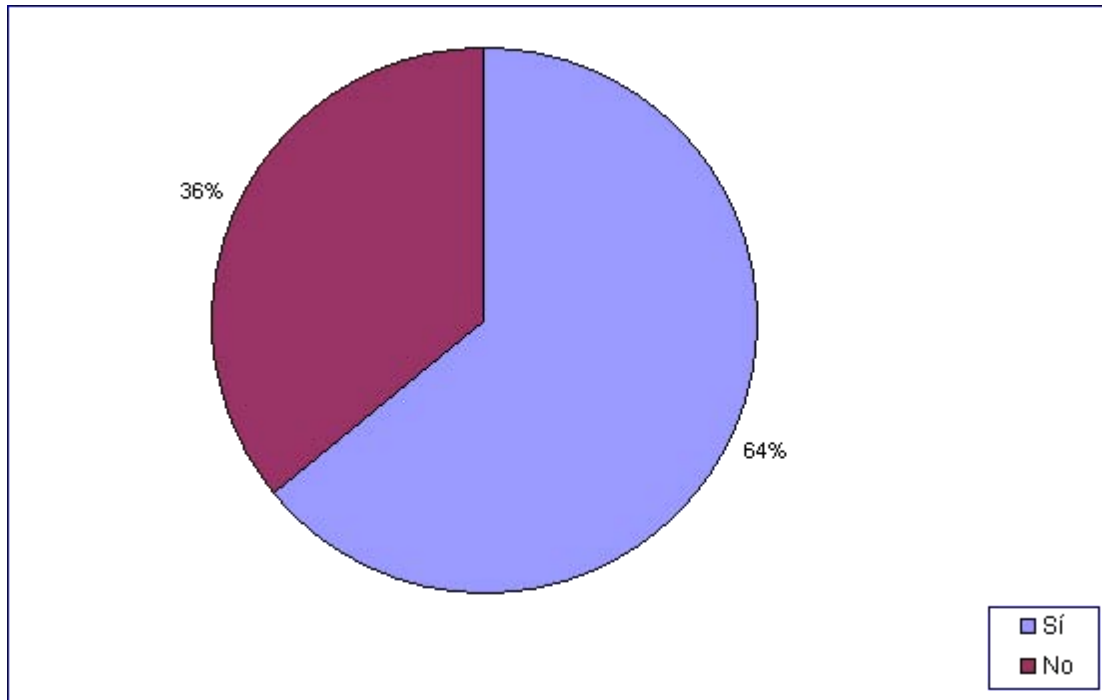
Fuente: Tabla No. 6

Gráfico No. 4: Antecedentes patológicos familiares de los pacientes estudiados



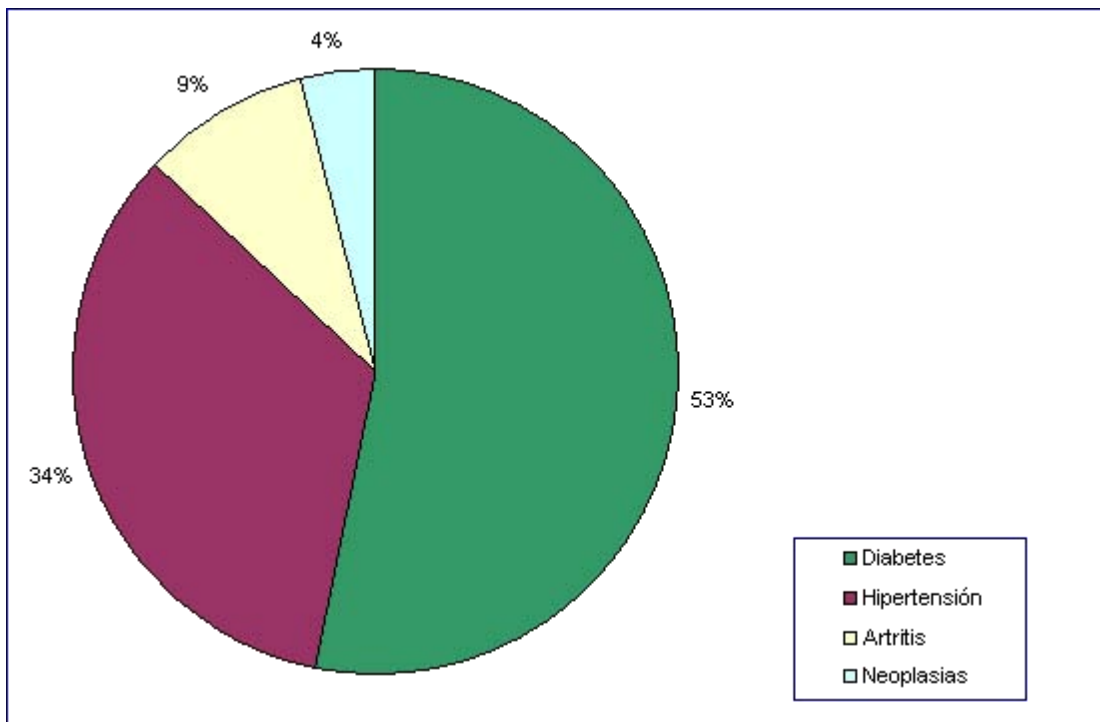
Fuente: Tabla No. 7

Cuadro No. 5: Antecedentes Patológicos Personales de los pacientes estudiados



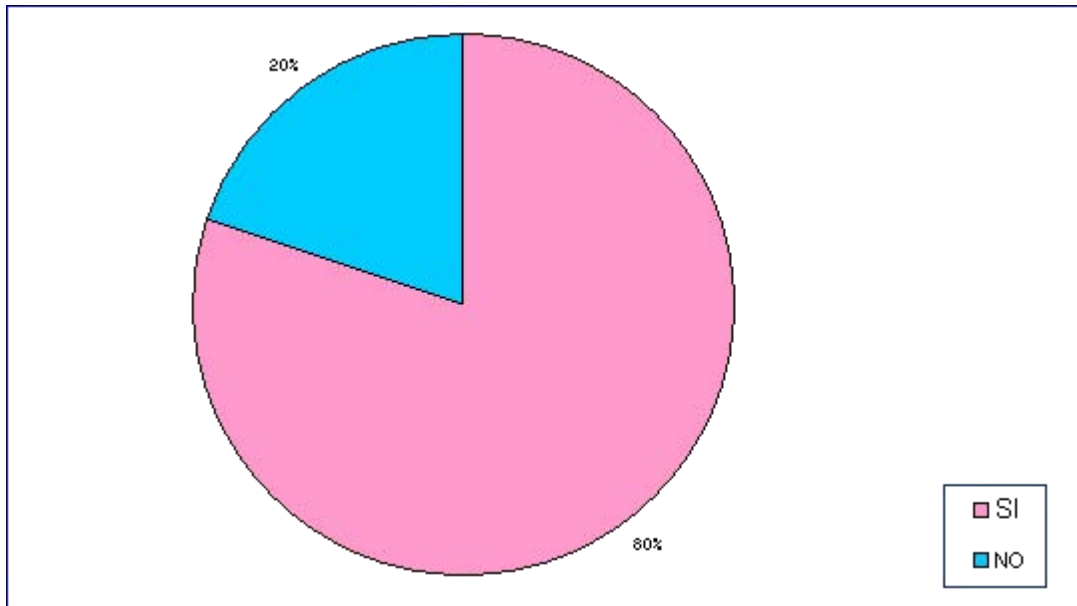
Fuente: Tabla No. 8

Gráfico No. 6: Enfermedades más frecuentes de los antecedentes personales



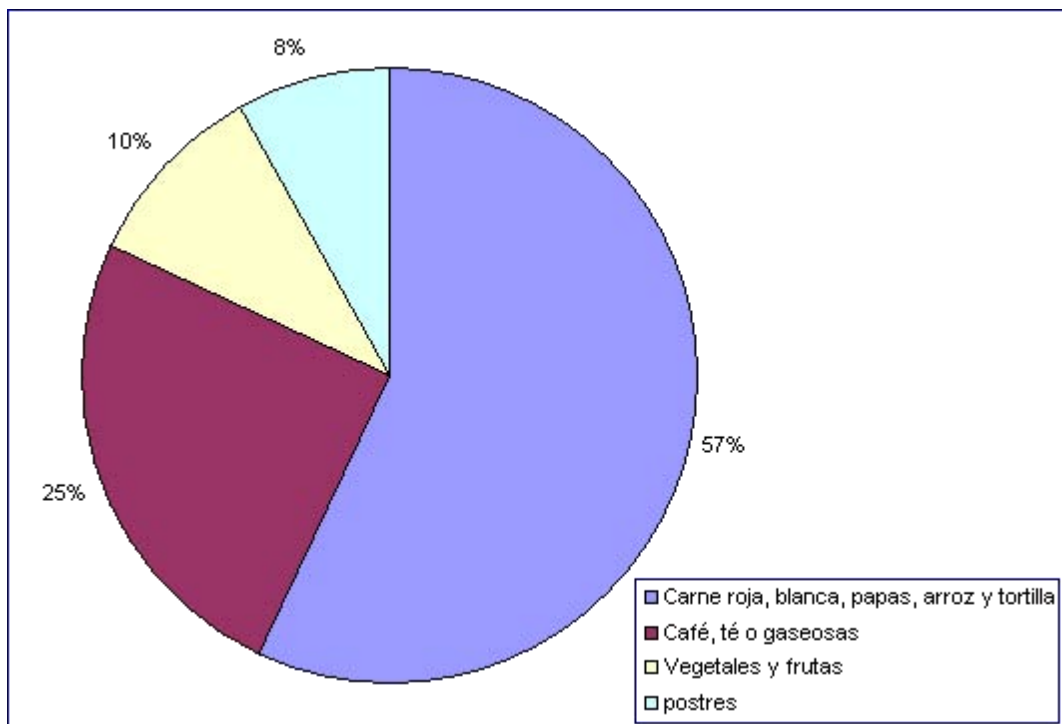
Fuente: Tabla No. 9

Gráfico No. 7: Servicios Básicos de los pacientes estudiados



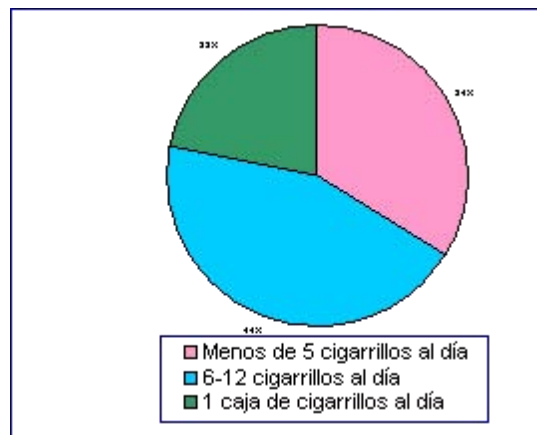
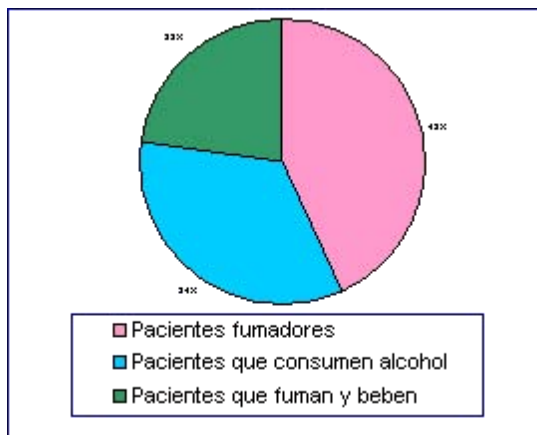
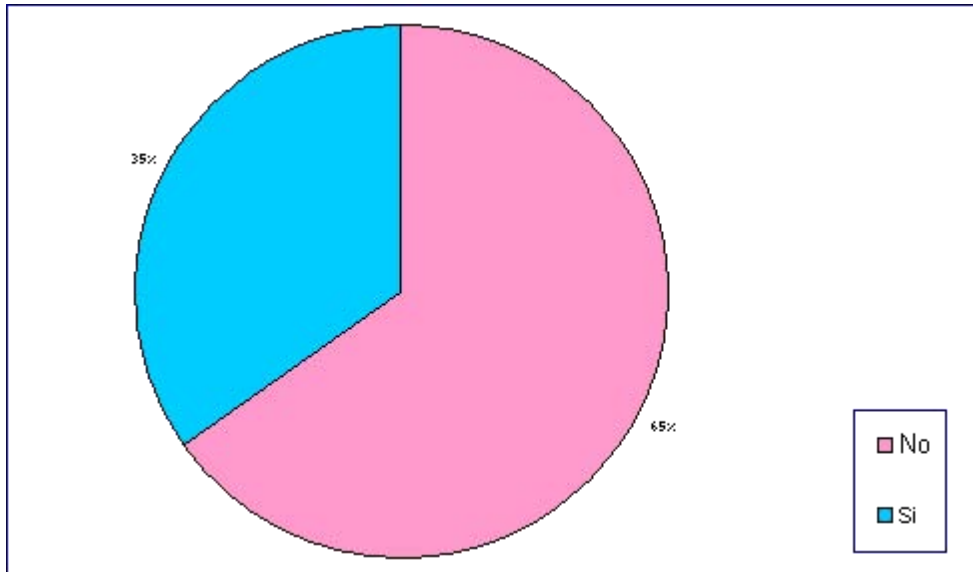
Fuente: Tabla No. 10

Gráfico No. 8: Tipo de Alimentos que ingieren los pacientes estudiados



Fuente: Tabla No. 11

Gráfico No. 9: Hábitos tóxicos de los pacientes estudiados

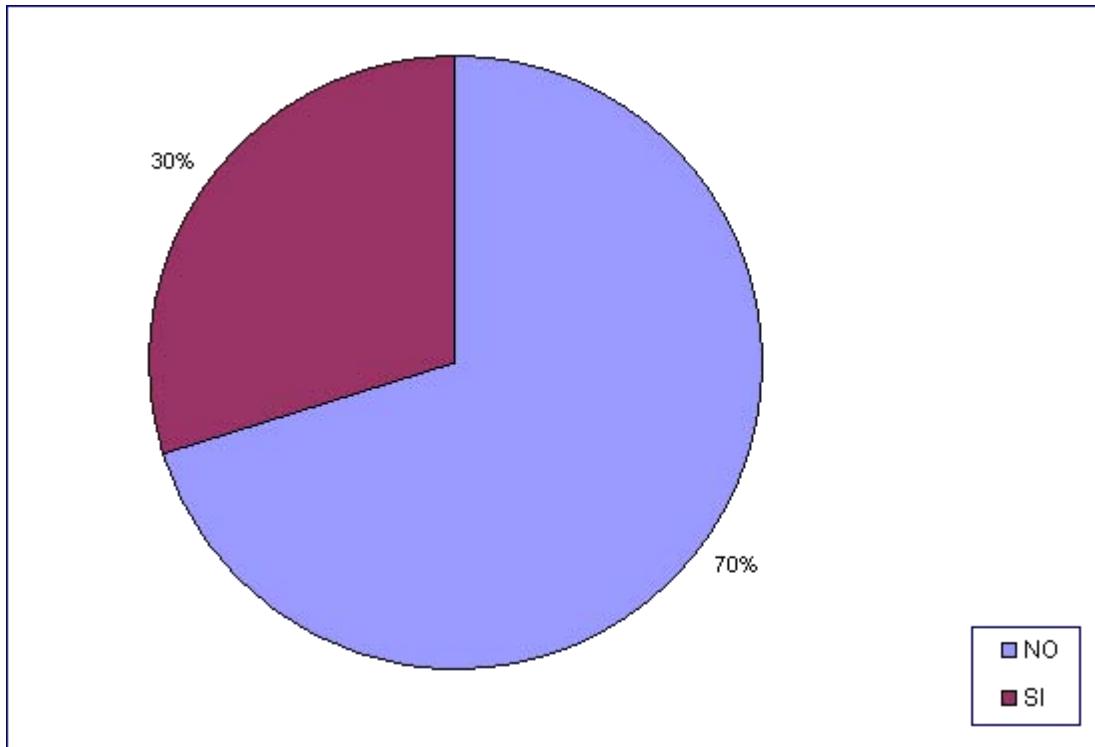


En cuanto a la edad de inicio de los hábitos tóxicos fue en la adolescencia en un 75% (40) pacientes y un 25% (13) de los pacientes lo iniciaron en la edad adulta.

De los que tienen ambos hábitos tóxicos (fuman y beben) que son un 23% con 12 pacientes respondieron que un 17% con 2 pacientes lo hacen a diario y un 83% con 10 pacientes lo hacen en ocasiones.

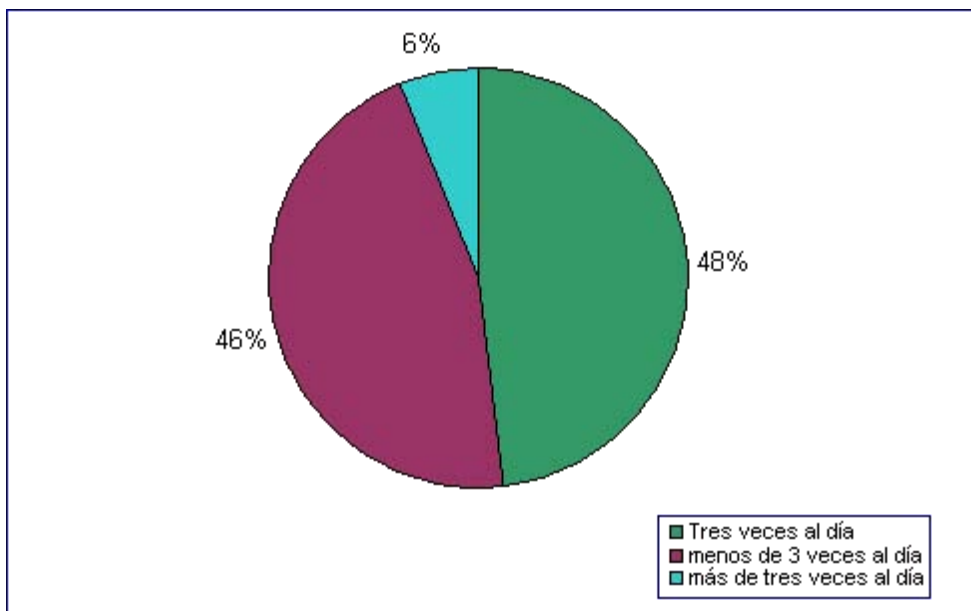
Fuente: Tabla No. 12

Gráfico No. 10: Le han enseñado a cepillarse sus dientes

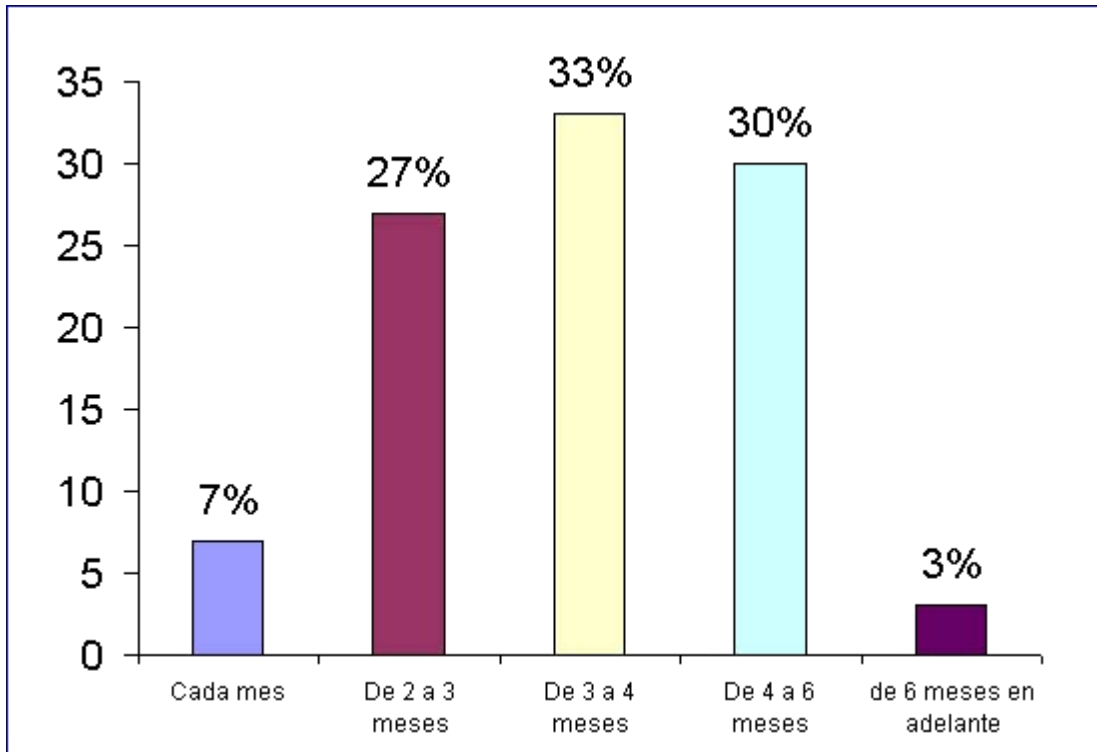


Fuente: Tabla No. 13

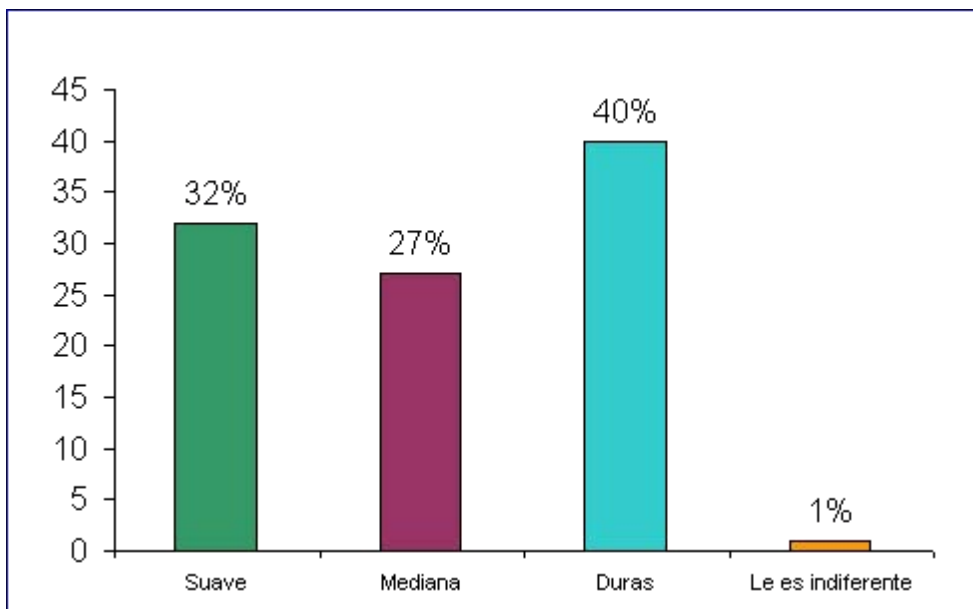
Cuadro No.11: Frecuencia de Cepillado



Fuente: Tabla No. 14

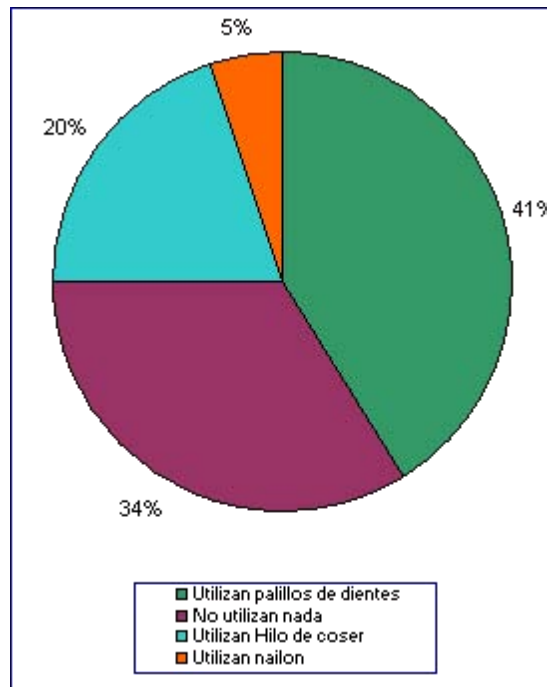
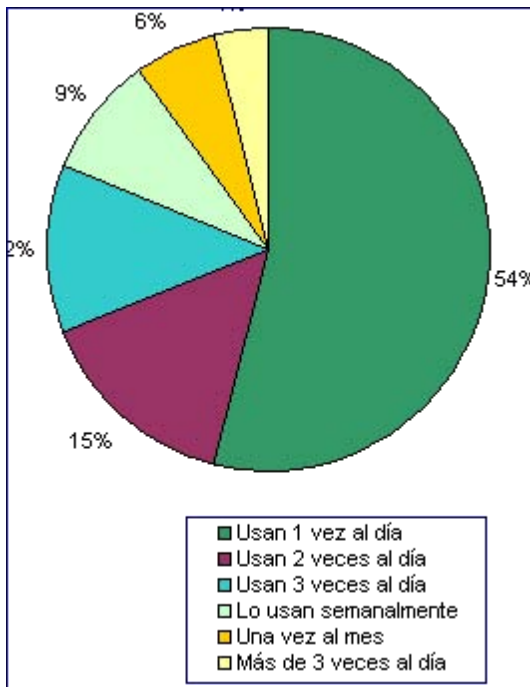
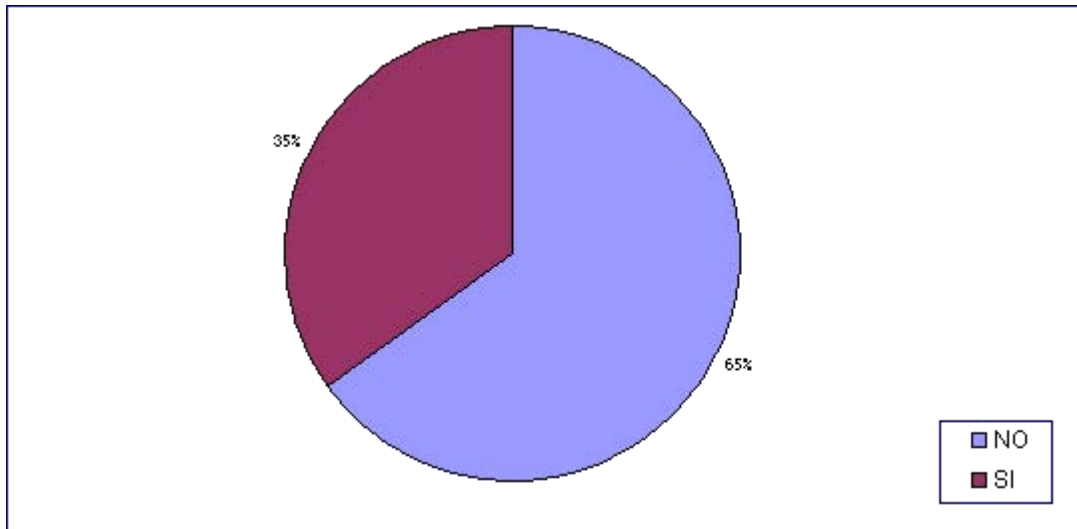
Gráfico No. 12: Cada cuanto cambia su cepillo dental

Fuente: Tabla No. 15

Gráfico No.13: Tipo de cerda que utiliza

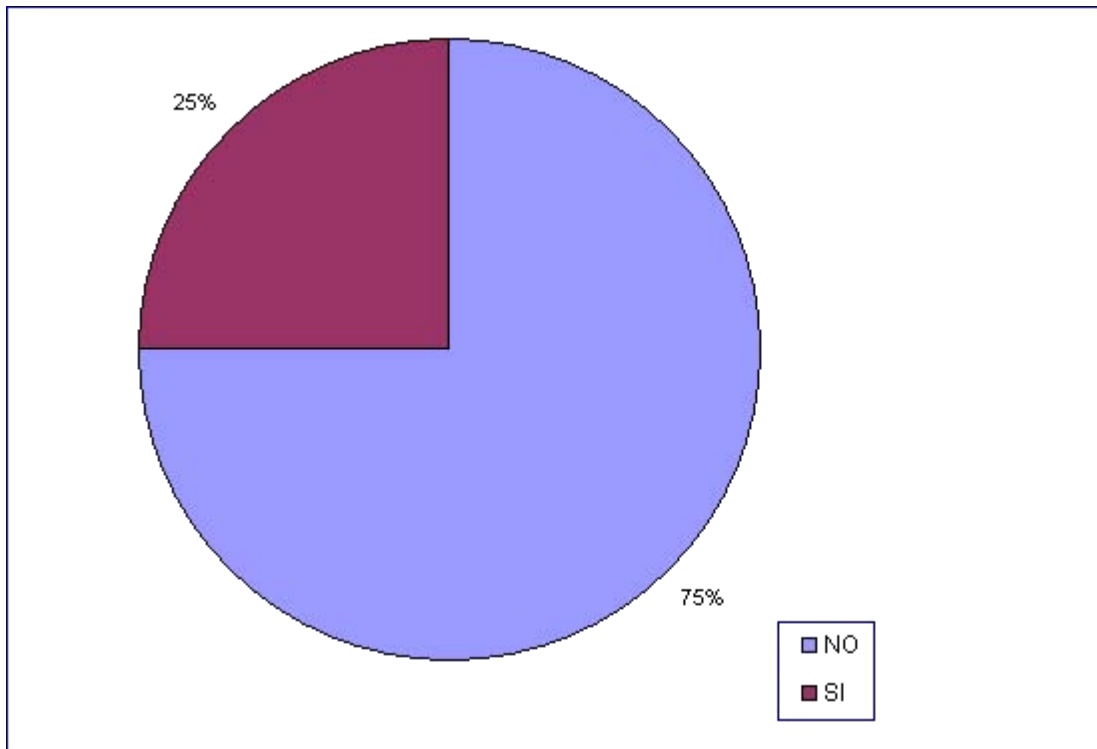
Fuente: Tabla No. 16

Gráfico No. 14: Uso del Hilo Dental



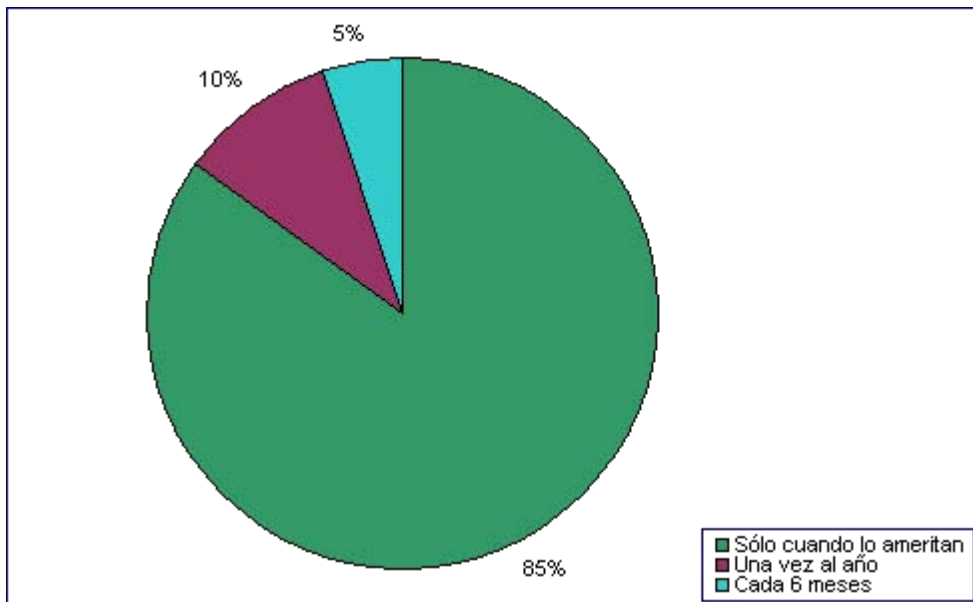
Fuente: Tabla No. 17

Gráfico No. 15: Utilizan enjuague bucal



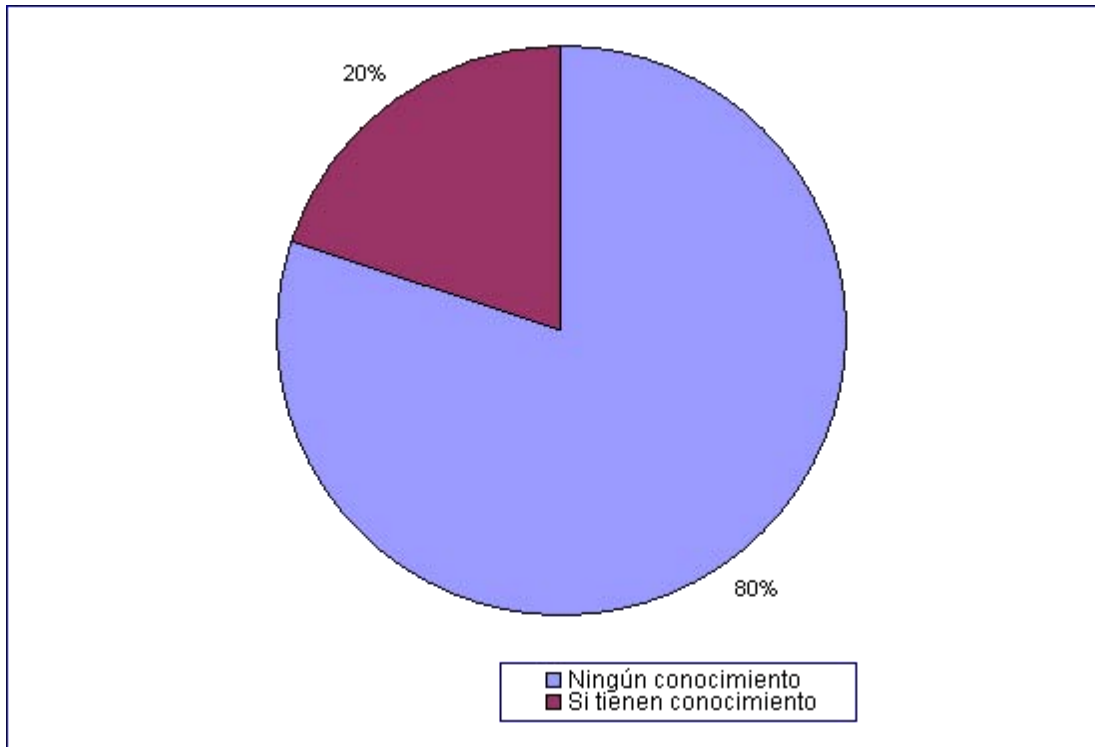
Fuente: Tabla No. 18

Gráfico No.16: Frecuencia de Visitas al odontólogo



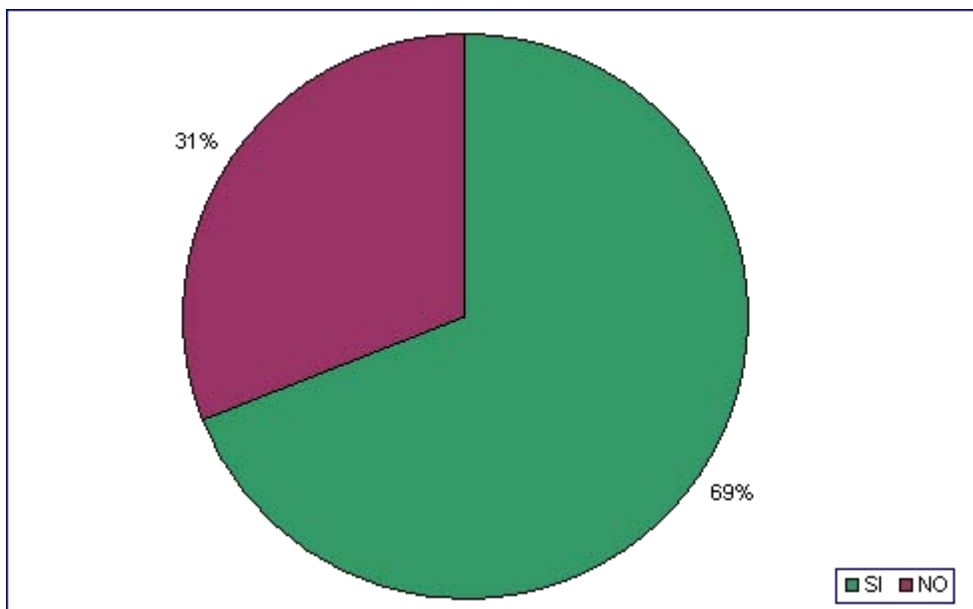
Fuente: Tabla No. 19

Gráfico No. 17: Conocimiento sobre enfermedades bucodentales



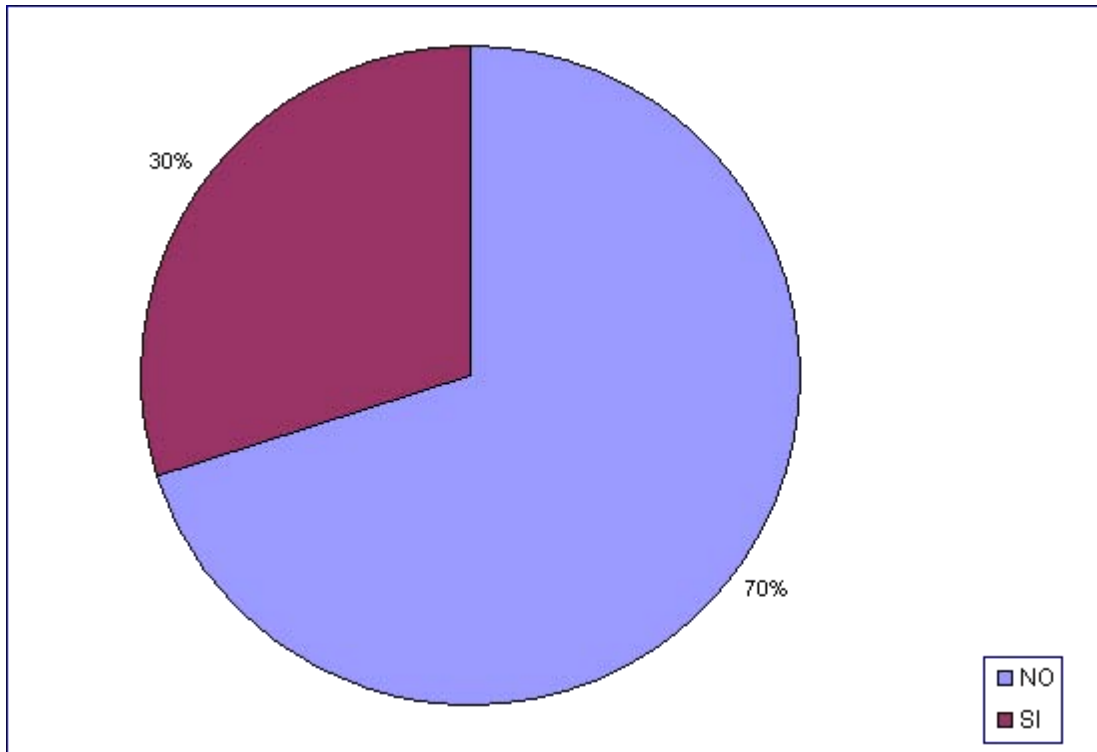
Fuente: Tabla No. 20

Gráfico No.18: Le sangran sus encías



Fuente: Tabla No. 21

Gráfico No. 19: Presenta movilidad de sus dientes



Fuente: Tabla No. 22