



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN
UNA MUESTRA DE ALUMNOS DE PRIMER AÑO DE LA
F.O. U.N.A.M. 2011.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

JULIO SERGIO REYES BONILLA

TUTOR: Esp. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

MÉXICO, D.F.

2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	6
2. ANTECEDENTES	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4. JUSTIFICACIÓN	11
5. OBJETIVOS	12
5.1 General	12
5.2 Específicos	12
6. METODOLOGÍA	13
6.1 Material y método	13
6.2 Tipo de estudio	21
6.3 Población de estudio	21
6.4 Muestra	21
6.5 Criterios de inclusión	22
6.6 Criterios de exclusión	22
6.7 Variables de estudio	22
6.7.1 Variable independiente	22
6.7.2 Variable dependiente	23
6.7.3 Conceptualización	23



7. PLAN DE ANÁLISIS	28
8. RESULTADOS	29
9. DISCUSIÓN	50
10. CONCLUSIONES	51
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
12. ANEXOS	54
Anexo 1	54



Quiero agradecer infinitamente a mis padres, Sergio Reyes Larios y Blanca Bonilla Luna, quienes me han dado la magnífica oportunidad de ser quien soy; por estar siempre a mi lado, por ver por mí, por mis hermanos (Blanca y Aaron) y por mi sobrina (Addison); por darme su apoyo incondicional siempre y por ser un verdadero ejemplo a seguir. De todo corazón les dedico este trabajo y les digo que los amo.

También quiero dar gracias a todas aquellas personas que han sido y seguirán siendo parte de mi vida, a mis amigos, a los que conocí al inicio de la carrera (Gerardo, Rubí, Alma y Gustavo) y a los que conocí un poco más adelante (Diana, Tania Suárez, Jorge, Tania Frausto, Alejandra, Marlene, sólo por nombrar a algunos) muchas gracias por todos aquellos momentos de alegría, de fiesta, de tristeza, de seriedad, de risa...por los momentos en que estuvimos juntos y también por los que no lo estuvimos tanto, todos esos instantes estarán en mi memoria permanentemente. Gracias también a ti, Armando, por ser quien eres, al menos conmigo, te quiero bro.

De igual forma, quiero agradecer a la Sra. Ma. Eugenia Soto Cerón, a quien conozco desde hace casi ya cinco años, por darme todos esos permisos para faltar, llegar tarde o salir temprano del trabajo, por nunca haberme dado un “no” por respuesta, por su inagotable paciencia y por sus palabras en aquellos momentos no tan fáciles, usted es un ser humano realmente incomparable que merece todo mi respeto.



Doy gracias también al Esp. Jesús Manuel Díaz de León Azuara, a quien conocí el primer día en la licenciatura y quien fue mi tutor para la realización de ésta tesina.

Y por último, pero no menos importante, quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, mi facultad, por ser parte de mí y yo ser parte de ella.

Gracias!!!



1. INTRODUCCIÓN

México no ha alcanzado los beneficios en la salud oral como los que gozan los países desarrollados. Es decir, la prevalencia de las enfermedades dentales aún sigue siendo un gran problema en la población. La adquisición de conocimientos en relación a la prevención así como a las actitudes y prácticas relativas a la salud dental, control y tratamiento de problemas, no sólo dentales, sino bucales en general, durante el período en el cual los estudiantes de odontología están aprendiendo es muy importante, pues son las bases para que lleven a cabo tratamientos exitosos en un futuro.

Sin embargo, los estudiantes de Odontología aún sabiendo, lo importante que es mantener una buena higiene bucal para mantener así una correcta salud a nivel oral, hacen caso omiso de está y parece no importarles demasiado.

Es por esto que además del problema de la caries dental en nuestro país se le suman las enfermedades de los tejidos de soporte de los dientes, gingivitis y periodontitis, las cuales en sus estadíos más severos pueden ocasionar la perdida dental.

Y a partir de la importancia que tiene llevar una correcta higiene bucal necesaria para una buena salud en general, fue que se realizó este estudio en una muestra de alumnos inscritos al primer año de la Facultad de Odontología, con la finalidad de aportar información epidemiológica acerca del estado periodontal de estos, que puedan mostrar la situación de su estado bucal y poder así actuar en conjunto para resolver sus necesidades de tratamiento.



2. ANTECEDENTES

En Navarra, en el año 2007 Cortés y Col. elaboraron un estudio en el cual exploraron la salud bucal de niños y adolescentes evaluando el estado periodontal mediante el Índice Periodontal Comunitario, la edad de su muestra fue de 14 años y sólo contemplaron tres grados: sano, sangrado y cálculo. El 62,8% presenta sangrado al sondear la encía y, en términos de media de sextantes afectados, 3,27 están sanos y 2,46 presentan sangrado. No hay diferencias estadísticamente significativas por origen, ya sean extranjeros o españoles.¹

Por otra parte, en el mismo año Romanelli realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar las necesidades de tratamiento periodontal de pacientes adultos en la República de Argentina, se utilizó el Índice Periodontal Comunitario, según la lesión más severa por paciente: un 14.3 % presentaban por lo menos un sextante con bolsas de 5.5 mm o más (valor 4), un 26.4% por lo menos un sextante con bolsas entre 3,5 y 5,5mm (valor 3), un 38.3% bolsas menores a 3.5 mm con cálculos (valor 2), un 17.2 % sangrado al sondeo sin cálculos (valor 1) y un 3.2% sanos (valor 0). Al analizar los datos según la edad, el porcentaje de pacientes con por lo menos un sextante con valor 4 fue mayor en el grupo de más de 45 años (25.1%) comparado con los otros grupos: 34 o 44 años (14.3%), 18-34 años (6.4%). Un 16% de los pacientes demandaron atención por problemas periodontales mientras que un 88% por otros motivos, sin embargo un 77% de ellos necesitaba tratamiento periodontal. Estos resultados nos permiten establecer que un 96.8% de los pacientes que concurren al odontólogo necesitaron algún tratamiento periodontal: 17.2% instrucción en higiene bucal, 65.2% instrucción en higiene bucal y eliminación de cálculo y 14.3% atención de mayor complejidad.²

En el año 2009 Rojas y Pachas realizaron un perfil epidemiológico de salud oral en una localidad de La Libertad, Perú, basándose en el Índice Periodontal Comunitario, según criterios de la OMS, encontraron que, se presentó una



tendencia decreciente en la condición de sangrado, siendo a los 10 años 69,2% y a los 15 años 21%; fue ascendente respecto a la presencia de cálculo dental, entre 10 años (21,5%) y 15 años (72,3%). En relación al sexo, solo se mostró diferencias significativas en la condición periodontal a los 13 años de edad ($p=0,004$). La presencia de cálculo dental predominó tanto en mujeres (55,6%) como en varones (55,7%). La valoración clínica de la condición de higiene oral en relación a la necesidad de tratamiento periodontal (CPITN) mostró que el 9% de escolares presentó condición saludable, de ellos el 86,5% presentó un índice de higiene oral simplificado (IHO-S) bueno; condición sangrante en 35,3%, de ellos el 40,5% presentó IHO-S regular. Se halló presencia de cálculo dental en 55,7%; de ellos, 70,8% mostró un IHO-S regular. Se encontró una relación muy significativa entre el IHO-S y la condición periodontal de necesidad de tratamiento ($p=0,000$). El promedio general del IHO-S fue 1,55 ($DS=0,89$), la mayoría presentó una condición de higiene oral regular (54,9%) y solo 5,4%, mala.³

Otro estudio en el año 2009 realizado en Manaus, AM, Brasil, por Bessa y Col. a un grupo de estudiantes de entre 15-19 años, reveló que la prevalencia de gingivitis fue de 94.71% y que un gran porcentaje de estos casos consistía en una leve inflamación gingival seguida de la moderada. En toda la muestra, 474 (53.3%) presentó sangrado gingival al sondeo en por lo menos una superficie dental. No encontrando diferencias significativas entre los grupos con diferente color de piel en relación con el índice gingival.⁴

Un estudio realizado en Sudan en el año 2010 a un grupo de estudiantes de nivel medio superior realizado por Elamin y Col. en el cual 3.4% de 744 estudiantes, no importando si pertenecían a una escuela privada o pública, fueron clasificados con periodontitis agresiva, y 16.3% y 8.2% tuvieron por lo menos un órgano dentario con ≥ 4 y ≥ 5 mm de pérdida de nivel de inserción, respectivamente, lo cual demostró que existe una alta prevalencia de periodontitis agresiva en esta población. Las mediciones periodontales fueron realizadas usando un espejo dental plano y una sonda periodontal tipo Michigan con el



código de marcas de Williams a 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 y 10 mm. Otros materiales dentales empleados fueron pinzas, y exploradores dentales.

El examen clínico incluía recesiones gingivales, profundidad al sondeo y sangrado gingival. La pérdida de inserción periodontal fue subsecuentemente calculada.⁵

De igual modo un estudio realizado por Velez y Col. en el año 2010 en la Universidad Autónoma de Baja California donde emplearon el Índice Periodontal Comunitario para determinar su distribución entre alumnos de diversas licenciaturas, observaron que para el código 0 del IPC, Odontología obtuvo el porcentaje más alto (65.5%), seguida por la licenciatura de Arquitectura (26.7%), Idiomas (20%) y Enfermería (14%). Todas las exploraciones del IPC fueron realizadas utilizándose los criterios de la OMS y sonda periodontal WHO terminada en esfera. En relación a la prevalencia de cálculo, Odontología presentó una prevalencia del 4.1% mostrando una gran diferencia con el resto de las licenciaturas cuyos valores oscilaron entre el 51- 62 %. Finalmente, en relación a presencia de bolsas (códigos 3 y 4) no se identificó ninguna en la licenciatura de Odontología, siendo la prevalencia en torno al 2 % para el resto de licenciaturas estudiadas. El resultado al análisis estadístico entre licenciaturas para el IPC, manifiesta una diferencia altamente significativa ($p = .0001$).⁶



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La revisión de la literatura afirma que los cambios en el comportamiento hacia la salud oral durante la preparación universitaria de los estudiantes de odontología no se observa sino hasta grados más avanzados en la carrera lo que se ve reflejado en los estudiantes de primer año. Cabe señalar que aún siendo estudiantes de odontología no toman en serio sus propias necesidades de tratamiento durante el comienzo de la carrera, dando como resultado una higiene oral deficiente y por consiguiente severos daños en cavidad bucal, que los conllevan a tratamientos de compleja realización.

Es importante mencionar que en el primer año de licenciatura aun no se tiene un amplio conocimiento sobre la enfermedad periodontal ni de sus consecuencias tanto a corto como a largo plazo, ante este panorama los alumnos se enfrentan tanto al cuidado de sus primeros pacientes como el de ellos mismos aprendiendo en conjunto a llevar una mejor calidad en cuanto a la conservación de la salud bucal.

Por lo que nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las necesidades de tratamiento periodontal en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M. en el año 2011?

¿Los hábitos de higiene oral de los estudiantes de odontología de primer año, son los adecuados para la conservación de su salud bucal?

¿Teniendo como base conocimientos sobre Odontología Preventiva, los alumnos de primer año saben diferenciar entre gingivitis y periodontitis?



4. JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio se hace con la finalidad de conocer el estado de salud bucal de una muestra de alumnos de primer año de Odontología y así plantear sus necesidades de tratamiento.

Nuestros resultados arrojarán información importante sobre la calidad de los hábitos de higiene oral de nuestra muestra de estudio, al igual que de sus conocimientos en cuanto a las enfermedades del periodonto como los son la gingivitis y la periodontitis.

Podremos observar el comportamiento de la enfermedad periodontal en nuestra muestra de estudio y así ayudar a su erradicación en acción conjunta con los alumnos.



5. OBJETIVOS

5.1 General

Determinar las necesidades de tratamiento periodontal en una muestra de alumnos de primer año de la Facultad de Odontología en el año 2011.

5.2 Específicos

Determinar las necesidades de tratamiento periodontal comunitario en una muestra de alumnos de primer año de la Facultad de Odontología, mediante el uso del Índice Periodontal Comunitario por género.

Cuantificar la presencia de placa dentobacteriana y cálculo dental mediante el Índice de Higiene Oral Simplificado, por género.

Identificar la frecuencia de las variables (hábitos de higiene oral, cálculo dental, placa dentobacteriana) a estudiar en la muestra de estudio, por género.

Determinar los hábitos de higiene bucal de la muestra sujeta a estudio, por género.

Determinar si la muestra sujeta a estudio puede diferenciar entre gingivitis y periodontitis.



6. METODOLOGÍA

6.1 Material y método

- Se solicitó la autorización a los profesores responsables de los grupos participantes.
- Se invitó a los alumnos a participar en dicho estudio para que conocieran sus necesidades de tratamiento periodontal así como sus deficiencias en cuanto a hábitos de higiene bucal.
- Posterior a esto, a los alumnos que aceptaron participar en el estudio se les explicó cuál era el objetivo de éste y cuáles eran las variables que se estudiarían.
- El estudio se llevó a cabo en 58 alumnos inscritos al primer año de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en el año 2001, los cuales fueron de los grupos 1013 y 1014 del turno vespertino y 1015 del turno mixto.
- Para la recolección de los datos epidemiológicos, se elaboró un cuestionario el cual está constituido por 13 reactivos y dos índices bucales. (Ver anexo 1).
- Se realizó la exploración bucal ayudándonos de un sillón dental con luz artificial, un espejo plano del número 5 y una sonda tipo OMS para el Índice Periodontal Comunitario.
- Las exploraciones fueron llevadas a cabo en la Clínica 14 Facultad de Odontología así como en la Clínica 11 de la misma.
- Previo al levantamiento epidemiológico del Índice Periodontal Comunitario el pasante fue calibrado obteniéndose una prueba de Kappa del 95% de concordancia.



- Con la información recabada tanto de la encuesta como de los índices se construyó una base de datos en Excel, la cual sirvió para realizar las distribuciones porcentuales de cada reactivo de la encuesta.
- Al término del estudio se les explicó a cada uno de los participantes el estado de salud periodontal que tienen, así como su situación en cuanto a las necesidades de tratamiento que requieren.

Los índices bucales que se utilizaron para el levantamiento de los datos epidemiológicos fueron el Índice Periodontal Comunitario y el Índice de Higiene Oral Simplificado, los cuales se describen a continuación.

Índice Periodontal Comunitario (IPC)⁷

Es el índice que más se ha utilizado para encuestas epidemiológicas. Originariamente concebido para determinar exclusivamente necesidades de tratamiento periodontal sobre grupos poblacionales con finalidad de planificación, lo cierto es que se ha empleado también para describir la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal. Este índice está actualmente recomendado por la OMS.

Indicadores. Los tres indicadores del estado periodóntico utilizados en esta evaluación son: hemorragia gingival, cálculo y bolsas periodónticas. Se utiliza una sonda ligera, especialmente diseñada, que comprende una punta esférica de 0.5 mm, una banda oscura situada entre 3.5 y 5.5 mm y anillos situados a 8.5 mm y 11.5 mm de la punta esférica.

Para la recolección de datos, se divide la boca en seis sextantes, limitados por los caninos. Se excluyen los terceros molares. Para que un sextante pueda ser medido debe contar al menos con dos dientes que no estén indicados para



extracción.⁸ Para los adultos de 20 años o más, los dientes que han de examinarse son los siguientes:

17 16	11	26 27
47 46	31	36 37

En el registro se emparejan los dos molares de cada sextante posterior y, si falta uno, no se sustituye. Si no hay dientes indicadores en un sextante que reúne las condiciones del examen, se examinan todos los dientes que se encuentren en ese sextante y se registra el grado máximo como grado del sextante. En tal caso, no se incluyen en la calificación las superficies distales de los terceros molares.

En los sujetos menores de 20 años sólo se examinan seis dientes indicadores: 16, 11, 26, 36, 31 y 46. Esta modificación tiene como objeto evitar que se considere como bolsas periodónticas a los surcos profundos provocados por la erupción.

Exploración de las bolsas y cálculos gingivales. Debe explorarse un diente indicador utilizando la sonda como instrumento “sensor” para determinar la profundidad de la bolsa y detectar los cálculos subgingivales y la respuesta en forma de hemorragia. El instrumento no debe utilizarse con una fuerza superior a 20 gramos. Una prueba práctica para establecer esta fuerza consiste en colocar la punta de la sonda debajo de la uña del pulgar y presionar hasta que se blanquee la superficie. Para examinar el cálculo subgingival debe utilizarse la mínima fuerza posible que permita el movimiento de la punta esférica de la sonda a lo largo de la superficie dental.



Al introducir la sonda, la punta esférica debe seguir la configuración anatómica de la superficie de la raíz dental, si el paciente siente dolor al realizar la exploración, ello indica que se está utilizando demasiada fuerza.

La punta de la sonda debe introducirse suavemente en el surco o la bolsa gingival y explorar la totalidad de ese surco o bolsa. Por ejemplo, la sonda se coloca en la bolsa en la superficie distobucal del segundo molar, tan cerca como sea posible del punto de contacto con el tercer molar, manteniendo a sonda paralela al eje longitudinal del diente. Entonces se mueve suavemente la sonda con cortos movimientos ascendentes y descendentes, a lo largo del surco o la bolsa bucal hacia la superficie mesial del segundo molar, y desde la superficie distobucal del primer molar hacia la zona de contacto con el premolar. Se aplica un procedimiento análogo en las superficies linguales, comenzando en la parte distolingual y dirigiéndose al segundo molar.

Examen y registro. Los códigos y su criterio son: ⁷

CÓDIGO	CRITERIO
0	Sano
1	Hemorragia observada
2	Cálculo supra o subgingival observado durante la exploración con la sonda, pero es visible toda la banda negra.
3	Bolsa de 3-4 mm (margen gingival dentro de la banda negra de la sonda)
4	Bolsa de 6 o más (banda negra de la sonda invisible)
X	Sextante excluido (existen menos de dos dientes)



9	No registrado
*No registrado menores de 15 años	

El resultado de estas mediciones se convierte en necesidades de tratamiento (NT) que se clasifican en relación con las anteriores puntuaciones, de la siguiente manera: ⁸

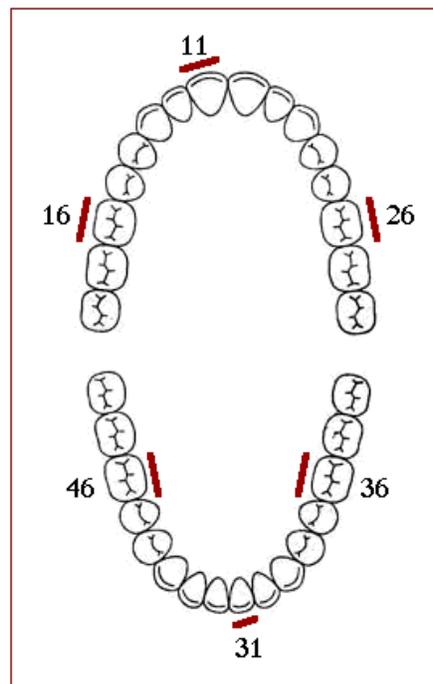
- NT 0: no necesita tratamiento (código 0).
- NT 1: necesita instrucción en higiene oral (código 1).
- NT 2: eliminación de cálculo y/o obturaciones desbordantes (códigos 2 y 3).
- NT 3: necesita tratamiento complejo (código 4).⁸

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)⁹

El Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) fue diseñado por Greene & Vermillion con el objeto de determinar la extensión de la placa dentobacteriana sobre la superficie del esmalte dental de los dientes permanentes.

Estrictamente no es un índice que pueda evaluar directamente la enfermedad periodontal ni caries, solo determina la presencia y extensión de dos factores de riesgo importantes para ambas enfermedades: la placa dentobacteriana y el cálculo dentario, de modo que su levantamiento es obligado cuando se pretende hablar de caries y enfermedad periodontal.

Para su obtención deben ser evaluados seis dientes llamados *índices*, en caso de que uno de ellos no esté presente debe revisarse el diente contiguo y encerrarse en un círculo para identificarlo, para el levantamiento deben estar presentes por lo menos dos dientes de los indicados y en la inspección bucal deben ser observadas seis superficies.



Fuente: ¹⁰

- Superficie vestibular del Primer molar superior derecho (16)
- Superficie vestibular del Incisivo central superior derecho (11)
- Superficie vestibular del Primer molar superior izquierdo (26)
- Superficie lingual del Primer molar inferior izquierdo (36)
- Superficie vestibular del Incisivo central inferior izquierdo (31)
- Superficie lingual del Primer molar inferior derecho (46).



Los códigos y criterios de registro, así como el odontograma utilizados son los siguientes:

PLACA	CÓDIGO	CÁLCULO
No hay presencia de restos y manchas	0	No hay presencia de cálculo
Restos blandos que cubren no más de dos tercios de la superficie dental examinada	1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dentaria
Restos blandos que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta	2	Cálculo supragingival: cubre más de un tercio pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de cálculo subgingival alrededor del cuello del diente o ambos.
Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta	3	Cálculo supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente o ambos
No registrado	9	No registrado

C		
P		
17-16 (V)	11-21 (V)	26-27 (V)
47-46 (L)	41-31 (V)	36-37 (L)
P		
C		
IP=	IC=	IHOS=

Levantamiento de información. Debe iniciarse con la observación del primer molar superior derecho hasta llegar al primer molar superior izquierdo, se continúa con el primer molar inferior izquierdo hasta llegar al primer molar inferior derecho. El índice de cada individuo se obtiene realizando la sumatoria de los códigos



asignados a cada diente según la condición observada, esta sumatoria debe ser dividida por el número de dientes presentes. Para determinar el índice grupal basta hacer la sumatoria de los valores de cada individuo y dividirla por el número de individuos observados y la interpretación se hace según los siguientes valores:

Puntaje	Interpretación
0	Excelente Higiene Oral
0.1 - 1.2	Condición Buena de Higiene Oral
1.3 – 3.0	Condición Regular de Higiene Oral
3.1 – 6.0	Condición Pobre o deficiente

Fuente: ^{7,8}

El índice de placa así como el del cálculo puede analizarse por separado, para conformar el Índice de Higiene Oral Simplificado se hace la suma de ambos índices.

Para la realización de este estudio contamos con una muestra de 58 alumnos de primer año. Todas las exploraciones del Índice Periodontal Comunitario (IPC) fueron realizadas utilizándose los criterios de la OMS¹¹ con la sonda del índice Periodontal Comunitario (IPC) terminada en esfera ejerciendo una presión de 20 gramos.



Fuente: ¹⁷

La sonda se introdujo suavemente entre el diente y la encía en el interior del surco o la bolsa periodontal de los siguientes dientes índices; 17-16, 11, 26-27, 36-37, 31 y 46-47. Cada diente fue explorado en seis puntos: mesio-vestibular, medio-vestibular, disto-vestibular y los sitios correspondientes en la parte lingual o palatina.

6.2 Tipo de estudio

Transversal

6.3 Población de estudio

Alumnos de primer año inscritos en la Facultad de Odontología U.N.A.M durante el período escolar 2010-11.

6.4 Muestra

58 alumnos de sexo indistinto de primer año de la Facultad de Odontología tanto del turno vespertino como del mixto.



6.5 Criterios de inclusión

- Alumnos de primer año, sexo indistinto, de la Facultad de Odontología U.N.A.M.
- Alumnos que estén inscritos en el turno vespertino y mixto de la Facultad de Odontología.
- Alumnos que hayan decidido participar en el estudio.
- Alumnos que además de haber decidido participar en la realización del presente estudio, hayan firmado la carta del consentimiento válidamente informado.

6.6 Criterios de exclusión

- Alumnos que no sean de primer año de la Facultad de Odontología.
- Alumnos que no hayan firmado la carta de consentimiento válidamente informado.
- Alumnos que no deseen participar.

6.7 Variables de estudio

6.7.1 Variable independiente

Edad

Género

Placa dentobacteriana

Cálculo dental

Hábitos de higiene oral.



6.7.2 Variable dependiente

Necesidades de Tratamiento Periodontal

6.7.3 Conceptualización

Edad.

Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.¹²

Género.

Accidente gramatical que indicaba el sexo y que hoy clasifica los sustantivos, adjetivos, pronombre y artículos en masculino, femenino y neutro.¹²

Placa dentobacteriana.

Se define clínicamente como una sustancia estructurada, resistente, de color amarillo-grisáceo que se adhiere vigorosamente a las superficies duras intrabucales, incluidas las restauraciones removibles y fijas. La placa está integrada principalmente por bacterias en una matriz de glucoproteínas salivales y polisacáridos extracelulares. Es una biopelícula que tiene una estructura heterogénea, con clara evidencia de canales abiertos llenos de líquido que corren a través de la masa de placa. Estos canales de agua permiten el paso de nutrientes y otros agentes por toda la biopelícula, actuando como un sistema “circulatorio” primitivo. Los nutrientes entran en contacto con las microcolonias situadas (pegadas) por difusión de los canales de agua a la microcolonia, en lugar de hacerlo desde la matriz.



La matriz intercelular consta de materiales orgánicos e inorgánicos derivados de la saliva, el líquido crevicular gingival y los productos bacterianos.

Algunos de los constituyentes orgánicos de la matriz son polisacáridos, proteínas, glucoproteínas y material lípido. La albúmina, que tal vez se origina en el líquido crevicular, se ha identificado como un componente de la matriz de placa.

Los componentes inorgánicos de la placa son predominantemente calcio y fósforo, con rastros de otros minerales, como sodio, potasio y flúor. La fuente principal de componentes inorgánicos es la saliva. Conforme aumenta el contenido mineral, se calcifica la masa de placa para formar un cálculo.¹³

Cálculo dental.

Consta de una placa bacteriana mineralizada que se forma en la superficie de los dientes naturales y las prótesis dentales. Se clasifica como supragingival y subgingival, de acuerdo a su relación con el margen gingival.

Cálculo supragingival y subgingival.

El cálculo supragingival se localiza coronal al margen gingival y, por tanto, es visible en la cavidad bucal. Suele ser de color blanco o amarillento blancuzco, con consistencia tipo arcilla y se desprende con facilidad de la superficie dental. El color se ve influido por contacto con sustancias como el tabaco y los pigmentos alimenticios. Puede localizarse en un solo diente o en un grupo de dientes, o puede presentarse de forma generalizada por toda la boca.



El cálculo subgingival se localiza por debajo de la cresta de la encía marginal y, por tanto, no es visible en el examen clínico de rutina. La ubicación y extensión del cálculo gingival se evalúa por medio de una percepción táctil con un instrumento delicado como el explorador. El cálculo subgingival suele ser duro, denso y con frecuencia tiene apariencia café oscuro o negro verdusco y se adhiere con firmeza a la superficie dental. Los cálculos supragingival y subgingival suelen darse juntos, pero puede que uno esté presente sin el otro. Estudios microscópicos demuestran que los depósitos de cálculo subgingival suelen extenderse cerca de la base de las bolsas periodontales en la periodontitis crónica pero no alcanzan el epitelio de unión.¹³

Hábitos de higiene oral.

Hábito

Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático.¹⁴

En cuanto a los hábitos de higiene oral encontramos el cepillado dental, el uso de enjuague bucal así como el uso del hilo dental.

La Federación Dental Internacional (FDI) estableció el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de cuidado dental personal, pudiendo ser mejorado con el uso de elementos adicionales de higiene interproximal (como la seda dental o los cepillos interproximales) o de colutorios (antisépticos o fluorados). De acuerdo a la evidencia disponible, unas buenas pautas del hábito de higiene oral entre los más pequeños deberían iniciarse con la erupción de los primeros dientes (6-8 meses) los cuales deberían ser limpiados diariamente con una gasa o cepillo humedecido con un enjuague fluorado de concentración diaria para iniciar el aporte de fluoruro tópico



inmediatamente tras la erupción. El cepillado de los dientes debería iniciarse diariamente, sin pasta, aproximadamente al año de edad (también empapado con un colutorio fluorado) y siempre realizado por un adulto, introduciendo el uso de pastas dentales fluoradas con formulación infantil (500 ppm de flúor), una vez al día, a partir de los 2-3 años, en función del riesgo de caries. Con el objetivo de establecer el hábito de cepillado es bueno que el niño intente cepillarse sus dientes por sí solo pero sin la utilización de pasta dental, adicionalmente al cepillado diario con pasta fluorada realizada por un adulto, con el objetivo de evitar un posible riesgo de fluorosis dental por la fracción de pasta ingerida. Además, la supervisión de un adulto durante la higiene oral debería mantenerse aproximadamente hasta los seis años. A partir de los seis años el cepillado debería realizarse como mínimo dos veces al día con una pasta dental fluorada, de acuerdo a las recomendaciones de la FDI, pudiéndose utilizar pastas dentales con una concentración de flúor a partir de 1000 ppm.

La utilización de enjuagues (fluorados o como ayuda al control de placa) podría iniciarse a partir de los seis años, edad considerada óptima por controlarse perfectamente el control de la deglución así como por ser la época de inicio de la erupción de la dentición permanente.¹⁵

Gingivitis.

Es un proceso inflamatorio de la encía, en el cual, el epitelio de unión, aunque modificado por la enfermedad, se une al diente en su nivel original; la porción más apical del epitelio de unión se localiza en el esmalte, en o cerca de la unión cemento-esmalte.¹³



Periodontitis.

La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes provocada por microorganismos o grupos de microorganismos específicos, que tiene como resultado la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsas, recesión o ambas. La característica clínica que distingue a la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida clínicamente detectable de la inserción. Con frecuencia esto se acompaña de una formación periodontal de bolsas y cambios en la densidad y la altura del hueso alveolar. En algunos casos, se presenta una recesión de la encía marginal junto con la pérdida de inserción, enmascarando el proceso de la enfermedad si las medidas de la profundidad de la bolsa se toman sin considerar los niveles clínicos de inserción. Los signos clínicos de inflamación, como cambios en el color, el contorno, y la consistencia y la hemorragia al sondeo, tal vez no sean siempre indicadores positivos de una pérdida de la inserción en curso. Sin embargo, se ha probado que la presencia de hemorragia continua al sondeo en una secuencia de visitas es un indicador confiable de la presencia de inflamación y puede provocar la pérdida posterior de inserción en el sitio de sangrado. Se ha demostrado pérdida de inserción relacionada con la periodontitis que avanza de forma continua o en brotes episódicos de actividad de la enfermedad.¹³



Fuente: ¹⁶



Fuente: ¹⁸

7. PLAN DE ANÁLISIS

Para la variable edad, se reportó promedio, frecuencia, distribución porcentual y desviación estándar. Y para el Índice de placa, Índice de cálculo e IHOS, se reportó promedio, desviación estándar y distribución porcentual.



8. RESULTADOS

Nuestra muestra sujeta a estudio estuvo conformada por 45 mujeres que representan el 77.60% y por 13 varones que representan al 22.40% del total. Tuvimos un intervalo de edades de 18 a 21 años de los cuales 48.30% tienen 18 años, 39.70% tienen 19 años, 8.60% tienen 20 años y sólo 3.40% tienen 21 años. (Ver Tabla 1). Con un promedio de edad de 18.77 años y una desviación estándar de ± 0.87 .

Tabla 1. <i>Distribución porcentual de las edades de una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.</i>			
	Frecuencia		
Edad	Masculino	Femenino	Porcentaje
18	9	19	48.30
19	4	19	39.70
20	0	5	8.60
21	0	2	3.40
Total	13	45	100

Fuente directa

Las condiciones de salud periodontal de los alumnos se describen de acuerdo a los códigos del Índice Periodontal Comunitario (IPC) y del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS).



En cuanto a los códigos del IPC, en el 3, el valor porcentual fue el más alto (51.50%) seguidos por el código 0 (31.10%), código 1 (13.90%) y por último el código 2 (3.50%), lo que indica que la mayoría de la población necesita un tratamiento complejo para sus necesidades periodontales (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de los códigos del IPC en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.

Código IPC	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
0	2	16	31.10
1	2	6	13.90
2	0	2	3.50
3	9	21	51.50
Total	13	45	100

Fuente directa



En lo que se refiere a la placa dentobacteriana encontramos que el 87.95% la presentaba y sólo el 12.05%, al momento del estudio, no tenía presencia de ésta (Ver Tabla 3). Teniendo así, una media de Índice de Placa de 0.50 con una desviación estándar de ± 0.31 .

Tabla 3. *Distribución porcentual del Índice de Placa de una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
0	1	6	12.05
0.16	1	6	12.05
0.33	4	7	18.95
0.5	4	3	12.05
0.66	2	10	20.70
0.83	0	8	13.90
1	0	5	8.60
1.16	1	0	1.70
Total	13	45	100

Fuente directa



Referente al Índice de Cálculo, observamos que la mayoría de la población cuenta con valores porcentuales altos en cuanto al no presentar cálculo dental y que el 24.20% de ésta si lo presentan (Ver Tabla 4). Teniendo así un promedio de 0.07 de cálculo dental con una desviación estándar de ± 0.17 .

Tabla 4. *Distribución porcentual del Índice de Cálculo de una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
0	9	35	75.80
0.16	2	6	13.80
0.33	1	3	6.90
0.83	1	1	3.50
Total	13	45	100

Fuente directa



En la Tabla 5, que contiene la distribución porcentual de resultados del IHOS, observamos que el 10.30% de los alumnos tienen Excelente Higiene Oral (EHO); que el 86.30% del total de la población, tienen Condición Buena de Higiene Oral (CBHO) y por último, el 3.40% del total, tiene una Condición Regular de Higiene Oral (CRHO).

Tabla 5. ***Distribución porcentual de resultados del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.***

Criterio	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
EHO	1	5	10.30
CBHO	11	39	86.30
CRHO	1	1	3.40
Total	13	45	100

Fuente directa



En la Tabla 6, que contiene la distribución porcentual del promedio de resultados del IHOS, observamos que; el .22.40% del total de la muestra, tiene un promedio de 0.57 con una desviación estándar de +-0.47; y que el 77.60% de ésta tiene un promedio de 0.55 con una desviación estándar de +-0.34.

Tabla 6. <i>Distribución porcentual del promedio de resultados del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.</i>				
	Frecuencia	Promedio	DESVEST	Porcentaje
Masculino	13	0.57	+-0.47	22.40
Femenino	45	0.55	+-0.34	77.60
Total	58	1.12	+-0.81	100

Fuente directa



En cuanto a los hábitos de higiene bucal de los alumnos, encontramos que el 52.20% se cepilla los dientes 2 veces por día, el 43.10% los cepilla 3 veces por día y sólo el 1.70 % los cepilla 4 veces por día (Ver Tabla 7). Lo cual nos indica una contrariedad entre el número de cepillado dental por día y la presencia de placa y/o cálculo dental en la muestra, ya que si en verdad se cepillarán los dientes las veces que dicen que lo hacen por día, no presentarían tales porcentajes.

Tabla 7. Distribución porcentual del número de cepillados dentales por día de una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.			
	Frecuencia		
Nº veces	Masculino	Femenino	Porcentaje
2 veces	8	24	55.20
3 veces	5	20	43.10
4 veces	0	1	1.70
Total	13	45	100

Fuente directa



Continuando con los hábitos de higiene bucal, tenemos que, en la Tabla 8, que se refiere al uso del enjuague bucal, el 72.40% sí lo usa y que el 27.60% no.

Tabla 8. *Distribución porcentual de la frecuencia del uso de enjuague bucal de una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Sí	9	33	72.40
No	4	12	27.60
Total	13	45	100

Fuente directa



En cuanto a la Tabla 9, que contiene la distribución porcentual del uso de hilo dental en los alumnos, podemos notar que un 41.40% de nuestra muestra sí lo utiliza, y que el 58.60% del total de nuestra muestra no.

Tabla 9. Distribución porcentual del uso de hilo dental en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Sí	3	17	34.50
No	10	24	58.60
Sí, con cera	0	4	6.90
Total	13	45	100

Fuente directa



En la Tabla 10 podemos observar la distribución porcentual del tipo de cepillo dental que utiliza nuestra muestra, los datos que se obtuvieron fueron los siguientes: el 7% del total utilizan cepillo dental de cerdas duras; el 81% utilizan cepillo dental con cerdas medias y el 12% lo usa con cerdas suaves.

Tabla 10. *Distribución porcentual del tipo de cepillo dental que utiliza una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Duro	2	2	7
Medio	10	37	81
Suave	1	6	12
Total	13	45	100

Fuente directa



Como podemos observar en la Tabla 11, la cual explica la pasta dental que utiliza nuestra población de estudio, tenemos que; el 94.80% utilizan pasta dental Colgate® y que el 5.20% utilizan pasta dental Crest®

Tabla 11. Distribución porcentual de la pasta dental que utiliza una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Colgate®	11	44	94.80
Crest®	2	1	5.20
Total	13	45	100

Fuente directa



En cuanto a la Tabla 12, acerca de las marcas comerciales de enjuague bucal que utilizan los alumnos, el 18.95% utiliza Listerine[®], el 3.50% utiliza Astringosol[®], el 17.20% utiliza enjuague bucal Colgate[®]; y el 2.45% utiliza Oral B[®], además, el 27.60% no usa enjuague bucal y finalmente el 10.30% se abstuvo de colocar la marca del enjuague que utiliza.

Tabla 12. *Distribución porcentual de las marcas comerciales de enjuague bucal que usa una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Listerine [®]	5	6	18.95
Astringosol [®]	0	2	3.50
Colgate [®]	3	7	17.20
Oral B [®]	1	12	22.45
No puso marca	0	6	10.30
No usa	4	12	27.60
Total	13	45	100

Fuente directa



Referente a la Tabla 13, en la que notamos las marcas comerciales de hilo dental que utiliza la muestra de estudio, podemos observar que el 15.50% utiliza hilo dental Colgate®; y que el 22.45% utiliza hilo dental Oral B®, el 8.60% no colocó la marca comercial, y finalmente el 53.45% de la muestra no utiliza hilo dental.

Tabla 13. *Distribución porcentual de las marcas comerciales de hilo dental que usa una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Colgate®	1	8	15.50
Oral B®	2	11	22.45
No puso marca	0	5	8.60
No usa	10	21	53.45
Total	13	45	100

Fuente directa



Respecto a la Tabla 14, referente a la distribución porcentual de la presencia de sangrado en la encía al momento del cepillado dental, encontramos que el 1.70% de la muestra percibe sangrado al momento del cepillado dental, que el 37.90% lo perciben a veces y que el 60.40% nunca lo ha percibido.

Tabla 14. *Distribución porcentual de la presencia de sangrado en la encía al momento del cepillado dental en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Sí	0	1	1.70
A veces	4	18	37.90
Nunca	9	26	60.40
Total	13	45	100

Fuente directa



Como podemos observar en la Tabla 15, la cual nos habla acerca de la distribución porcentual de la percepción de encías inflamadas en nuestra muestra de estudio, podemos observar que el 31% percibe sus encías inflamadas a veces, y que el 69% nunca han percibido sus encías inflamadas.

Tabla 15. <i>Distribución porcentual de la percepción de encías inflamadas en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.</i>			
	Frecuencia		
	Masculino	Femenino	Porcentaje
Siempre	0	0	0
A veces	1	17	31
Nunca	12	28	69
Total	13	45	100

Fuente directa



Como podemos observar en la Tabla 16, la que nos indica la distribución porcentual de la percepción de encías de color rojizo en los alumnos, tenemos que el 22.40% a veces nota sus encías rojas y que el 77.60% nunca ha notado sus encías de color rojizo.

Tabla 16. <i>Distribución porcentual de la percepción de encías de color rojizo en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.</i>			
	Frecuencia		
	Masculino	Femenino	Porcentaje
Siempre	0	0	0
A veces	1	12	22.40
Nunca	12	33	77.60
Total	13	45	100

Fuente directa



En la Tabla 17, que habla acerca de la distribución porcentual de la percepción de mal aliento aún después del cepillado dental en la población de estudio, podemos observar que el 1.70% lo percibe, que el 19% a veces lo percibe y finalmente, que el 79.30% nunca lo ha percibido.

Tabla 17. Distribución porcentual de la percepción de mal aliento aún después del cepillado dental en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.			
	Frecuencia		
	Masculino	Femenino	Porcentaje
Siempre	0	1	1.70
A veces	3	8	19
Nunca	10	36	79.30
Total	13	45	100

Fuente directa



En cuanto a la Tabla 18, referente a la distribución porcentual de conocimiento, por parte de la muestra, del concepto de gingivitis, obtuvimos que el 10.40% sí lo saben y que el 89.60% no.

Tabla 18. <i>Distribución porcentual del conocimiento del concepto de gingivitis en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.</i>			
	Frecuencia		
	Masculino	Femenino	Porcentaje
Sí	2	4	10.40
No	11	41	89.60

Fuente directa



En relación al conocimiento del concepto de periodontitis (Tabla 19) el 56.90% sí lo saben y el 43.10% lo desconoce.

Tabla 19. *Distribución porcentual del conocimiento del concepto de periodontitis en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Sí	9	16	56.90
No	4	29	43.10
Total	13	45	100

Fuente directa



Como notamos en la Tabla 20, que plasma la distribución porcentual de la asistencia al Odontólogo, encontramos que el 62% asisten regularmente y que el 38% no lo hacen.

Tabla 20. *Distribución porcentual de la asistencia regular al Odontólogo en una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.*

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
Sí	7	29	62
No	6	16	38
Nunca	0	0	0
Total	13	45	100

Fuente directa



Como vemos, en la Tabla 21 se encuentra detallada la distribución porcentual de cada cuándo asisten al Odontólogo, encontramos que el 44.85% asiste cada 6 meses; que el 32.70% asiste cada año y que, finalmente, el 22.45% sólo cuando tienen dolor.

Tabla 21. ***Distribución porcentual de cada cuándo asisten al Odontólogo una muestra de alumnos de primer año de la F.O. U.N.A.M 2011.***

	Frecuencia		Porcentaje
	Masculino	Femenino	
6 meses	3	23	44.85
Año	7	12	32.70
Con dolor	2	11	22.45
Total	13	45	100

Fuente directa



9. DISCUSIÓN

De acuerdo a los estudios previos que se han realizado referentes a la condición periodontal de adolescentes y adultos hemos encontrado algunas discrepancias en cuanto al presente.

Tomando en cuenta los reportes de Rojas y Pachas³ quienes observaron que, respecto a la necesidad de tratamiento periodontal, sólo 9% de los escolares presentaron condición saludable, caso contrario al presente estudio en donde encontramos que el 31.10% de nuestra muestra conserva una condición bucal saludable sin necesidad de tratamiento. Nuestros resultados en cuanto a la presencia, tanto en varones como en mujeres, de cálculo dental fue la misma, pues ambos lo presentan.

Sin embargo, el estudio de Velez y Col.⁶ en el cual encontró a los estudiantes de Odontología con un valor alto para el código 0 del IPC (63.3%), no coincidimos con él, puesto que en esta muestra de estudiantes, el 51.50% presentó código 3 del mismo índice.

Diferimos de Romanelli,² en el sentido de que en su población de estudio, que tiene edades similares a las de ésta, reportó encontrar por lo menos un sextante con bolsas de 5.5 mm o más y en estos alumnos no se reportó ningún sextante con estas características.

En este sentido, al hablar de higiene oral tanto en México como en otras partes del mundo los profesionales de la salud tenemos que llevar a cabo programas para la prevención, de enfermedades periodontales, para así evitar que la población viva con estos problemas de salud que pueden llegar a mermar en demasía nuestra calidad de vida.



10. CONCLUSIONES

El presente estudio dio resultados poco alentadores en cuanto a la salud bucal de una muestra de alumnos de primer año de la Facultad de Odontología, puesto que, a pesar de que señala la mayoría que cepilla sus dientes al menos dos veces por día, se encontraron porcentajes altos en cuanto a presencia de placa dentobacteriana (87.95%), además de que la gran mayoría no utiliza hilo dental para su aseo (58.60%) y debido a esto un alto porcentaje de la muestra necesita la realización de tratamientos complejos (51.50%).

Para que cada alumno pueda volverse un modelo de salud oral, sus prácticas preventivas necesitan mejorar, ya que con los conocimientos que tienen acerca de la salud bucal, les es suficiente para actuar por ellos mismos y mejorarla.

Es de dudar que el estudiante pueda educar y motivar a sus pacientes cuando no está dispuesto a aplicar sus conocimientos para adoptar hábitos y conductas saludables en su vida. Por lo tanto, es necesario crear programas que evalúen, qué tanto llevan éstos a la práctica los conceptos teóricos de salud oral aprendidos, tener tiempos de descanso que les permitan realizar un adecuado aseo dental y disminuir la discrepancia existente entre los problemas reconocidos por el alumno y los identificados por el examinador clínico, llevando a cabo revisiones dentales periódicas.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Cortés FJ, Artázcoz J, Rosel E, González P, Asenjo MA, Sainz de Murrieta I, Bravo I. La salud dental de los niños y adolescentes de Navarra, 2007 (4ª edición). An. Sists. Sanit. Navar. 2009, Vol 32, N° 2: 199-215.

2. - Romanelli HJ. Periodontal treatment needs in Argentine adult subjects. Acta odontol. latinoam. 2007;20(01):39-47.

3.- Rojas AE, Pachas FM. Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). Rev Estomatol Herediana. 2010; 20(3):127-136.

4.- Bessa MA, Lopes MC, Rebelo JM, Pereira RC. Dental caries and gingivitis among 15 to 19 year-old students in Manaus, AM, Brazil. Bras Oral Res 2009;23(03):248-54.

5.- Elamin AM, Skaug N, Ali RW, Bakken V, Albandar JM. Ethnic Disparities in the Prevalence of Periodontitis Among High School Students in Sudan. J Periodontol. 2010; 19(2): 891-896.

6.- Vélez JA, Llodra JC, Sánchez J, Domínguez A, Mena R, Sánchez RM, Barreras A. Análisis comparativo del índice periodontal comunitario en estudiantes de diversas licenciaturas universitarias. Revista ADM 2010;67(4):171-76.

7.- Organización Mundial de la Salud Ginebra. Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos. 4ª ed. Malta 1997.

8.- Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. Principios métodos y aplicaciones. 3ª ed. Masson, S.A. Barcelona 2005.

9.- Wilkins EM. Clinical practice of the dental hygienist. 7ª ed. Williams&Wilkins. Baltimore 1994.

10.- WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. <http://www.whocollab.od.mah.se/exp/ohisgv64.html>

11.- <http://www.who.int/en/>

12.- <http://www.wordreference.com/definicion/edad>



13.- Newman MG, Takei HH, Klokkeudd PR, Carranza FA. Carranza's Clinical Periodontology. McGraw-Hill Interamericana editores, S.A. de C.V. 2010. Pp. 103-04, 137-40 y 170-71.

14.- <http://www.definicionabc.com/general/habito.php>

15.- Casals PE. Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española. RCOE, 2005, Vol 10, N° 4. 389-401.

16.- <http://www.dentiplus.com.ve/galeria-casos-clinicos.html>

17.- <http://www.scharf.pl>

18.- http://www.panorex.cl/tm_SB.html



12. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario con las variables de estudio

NECESIDADES DE TRATAMIENTO PERIODONTAL EN UNA MUESTRA DE ALUMNOS DE PRIMER AÑO DE LA F.O. UNAM. 2011

Número Turno Mat Mixt Vesp Edad

Sexo 1) Masculino 2) Femenino

1. ¿Cuántas veces cepillas tus dientes al día?

1)Una vez 2)Dos veces 3)Tres veces 4)Más de tres veces 5)No me cepillo

2. ¿Qué tipo de cepillo usas?

1)Duro 2)Medio3)Suave

3. ¿Qué pasta dental usas?

1)Colgate 2)Crest 3)Sensodyne 4)Otra_____

4. ¿Utilizas enjuague bucal?

1)Sí 2)No Qué marca_____

5. ¿Utilizas hilo dental?

1)Sí 2)No 3)Sí, con cera Qué marca_____

6. ¿Al cepillarte sangran tus encías?

1)Siempre 2)A veces 3)Nunca

7. ¿Has notado tus encías inflamadas?

1)Siempre 2)A veces 3)Nunca

8. ¿Has notado tus encías de color rojizo?

1)Siempre 2)A veces 3)Nunca

9. ¿Percibes mal aliento aún después de cepillarte los dientes?

1)Siempre 2)A veces 3)Nunca



10. ¿Cuál es la enfermedad que causa inflamación y sangrado de la encía debido a la acumulación de placa dentobacteriana, debido a la no remoción de esta; y que es reversible: _____

11. ¿Cuál es la enfermedad que afecta la estructura de soporte del diente, caracterizada por la migración apical de la inserción epitelial, la destrucción progresiva del ligamento periodontal, del hueso alveolar, movilidad dental y sangrado de la encía: _____

12. ¿Asistes regularmente al Odontólogo?

- 1) Sí 2) No 3) Nunca he asistido

13. ¿Cada cuando?

- 1) Cada 6 meses 2) Cada año 3) Sólo cuando hay dolor

ÍNDICE PERIODÓNTICO COMUNITARIO		
17 - 16	11	26 - 27
47 - 46	31	36 - 37
IPC=		

CÓDIGO	CRITERIO
0	Sano
1	Hemorragia
2	Cálculo
3	Bolsa de 3-4 mm (banda negra de la sonda parcialmente visible)
4	Bolsa de 6 o más (banda negra de la sonda invisible)
9	No registrado
*No registrado menores de 15 años	

C		
P		
17-16 (V)	11-21 (V)	26-27 (V)
47-46 (L)	41-31 (V)	36-37 (L)
P		
C		
IP=	IC=	IHOS=



PLACA	CÓDIGO	CÁLCULO
No hay presencia de restos y manchas	0	No hay presencia de cálculo
Restos blandos que cubren no más de dos tercios de la superficie dental examinada	1	Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dentaria
Restos blandos que cubren más de un tercio pero no más de dos tercios de la superficie dental expuesta	2	Cálculo supragingival: cubre más de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie dental expuesta o hay presencia individual de cálculo subgingival alrededor del cuello del diente o ambos.
Restos blandos que cubren más de dos tercios de la superficie dental expuesta	3	Cálculo supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente o ambos
No registrado	9	No registrado

Observaciones _____

